

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Informovanost učitelů základních škol o problematice syndromu CAN
Elementary school teacher's awareness of The Child Abuse and Neglect
Syndrome

Lucie Dolanská

Vedoucí práce: PaedDr. Eva Marádová, CSc.
Studijní program: Specializace v pedagogice
Studijní obor: Český jazyk a speciální pedagogika se zaměřením na vzdělávání

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Informovanost učitelů základních škol o problematice syndromu CAN potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně, za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 12. července 2018

Ráda bych poděkovala PaedDr. Evě Marádové CSc. za cenné rady, věcné připomínky, trpělivost a vstřícnost při vedení mé bakalářské práce. Dále patří poděkování všem pedagogům, kteří se podíleli na mé výzkumné práci. Závěrem moc děkuji svým rodičům, kteří mě po celou dobu studia podporují.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se soustředí na informovanost o problematice syndromu CAN (Child Abuse and Neglect). Teoretická část práce rozebírá rozdělení, epidemiologii, historii, prevenci a diagnostiku této problematiky. Dále se zabývá rodinou a školou, které jsou v životě dítěte důležitou součástí. V části praktické si klade za cíl zjistit, jaká je informovanost pedagogů základních škol v oblasti syndromu CAN. Informovanost a znalosti pedagogů jsou vyvozeny z výsledků dotazníkového šetření.

KLÍČOVÁ SLOVA

Týrání, zneužívání, zanedbávání, syndrom CAN, učitelé, škola, prevence

ABSTRACT

This Bachelor Thesis deals with the issue of CAN syndrome. In the theoretical part there is a summary of CAN (Child Abuse and Neglect) syndrome. The thesis offers an analysis of the division, epidemiology, history, prevention and diagnostics of this issue. It also deals with family and school which are an important part of a child's life. In the practical part, the aim is to find out what is the awareness of primary school teachers of CAN syndrome. The information about teachers' knowledge is derived from a questionnaire survey.

KEYWORDS

Child abuse, cruelty to children, neglect, CAN syndrome, teachers, school, prevention

Obsah

Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN)	8
1.1 Pojem „syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte“	8
1.2 Historický pohled na syndrom CAN	9
1.3 Současnost syndromu CAN	10
1.3.1 Legislativa	10
1.3.2 Instituce pomáhající týraným, zneužívaným a zanedbávaným dětem v ČR .	12
1.3.3 Epidemiologie.....	14
1.3.4 Statistiky v ČR.....	16
1.4 Příčiny a rizikové faktory syndromu CAN	19
2 Formy a projevy syndromu CAN	21
2.1 Tělesné týrání.....	22
2.1.1 Tělesné týrání aktivní povahy.....	22
2.1.2 Tělesné týrání pasivního charakteru	22
2.2 Psychické týrání	23
2.3 Sexuální zneužívání	24
2.4 Zanedbávání.....	25
2.5 Zvláštní formy syndromu CAN	27
3 Diagnostika syndromu CAN	28
4 Rodina jako rizikový faktor syndromu CAN	31
4.1 Význam rodiny pro dítě	31
4.2 Funkčnost rodiny	33
4.3 Poruchy rodiny.....	34

5	Škola aneb pomocník při odhalování syndromu CAN	38
5.1	Škola jako socializační prostředí	38
5.2	Školská poradenská zařízení	39
5.3	Minimální preventivní programy	40
5.4	Dokumenty související se syndromem CAN a školstvím	42
5.4.1	Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období (2013-2018)	42
5.4.2	Metodické pokyny MŠMT k řešení syndromu CAN	43
5.5	Doporučení pro učitele.....	44
	Shrnutí	46
	PRAKTICKÁ ČÁST	47
6	Cíle	47
7	Metodologie.....	47
8	Výzkumné otázky	47
9	Respondenti	48
10	Výsledky výzkumného šetření	48
11	Shrnutí	67
12	Doporučení	69
	Závěr.....	71
	Seznam použitých informačních zdrojů	73

Úvod

Dětství je pro spoustu z nás nejhezčím a nejveselejším úsekem v životě. Často se toto období označuje jako bezstarostný čas, na který rádi vzpomínáme. Tato myšlenka je krásná, bohužel se ale netýká všech dětí na světě. Problematika týraného, zneužívaného či zanedbávaného dítěte neboli syndrom CAN je celosvětovým problémem, který se stává stále aktuálnější, jelikož počet trestných činů páchaných na dětech stoupá. Jedná se o velmi vážnou problematiku, kterou je potřeba řešit a nikdo z nás by ji neměl přehlížet. Společnost by o tomto problému měla jednoznačně získat více povědomí. V celosvětové společnosti nalezneme skupiny osob, které by toto povědomí měly mít ještě větší než zbytek populace. Vedle lékařů, které musíme samozřejmě zahrnout, by sem určitě patřili také pedagogové, kteří s žáky tráví velké množství času a mohou se stát právě těmi osobami, které mohou odhalit, že se něco děje. Dokáží jim podat pomocnou ruku a situaci společně s dalšími odborníky zlepšit.

Cílem práce tedy bylo zjistit, jaká je informovanost pedagogů základních škol o syndromu CAN.

Teoretická část bakalářské práce podává přehledné informace o syndromu CAN. Zabývá se nejen různými formami syndromu CAN, řešením této problematiky a nejdůležitější legislativou, která s danou problematikou souvisí, ale seznamuje také s významem rodiny pro vývoj dítěte a se školou, která může být v nelehkých situacích oporou. Na tuto část navazuje praktická část mé práce, která se soustředí na pedagogy základních škol, u nichž budeme zjišťovat, zda mají zkušenosti se syndromem CAN a hlavně, jaké mají znalosti v této oblasti. Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda dotazníkového zkoumání, jež byla na základní školy rozdána v podobě tištěného dotazníku. Po shrnutí a vyhodnocení sebraných dat následuje doporučení pro pedagogy základních škol a ředitele těchto škol.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN)

První kapitola seznamuje s vymezením pojmu „syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte“. Přibližuje diagnostiku dané problematiky a v neposlední řadě zmiňuje epidemiologii u nás i ve světě.

1.1 Pojem „syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte“

„Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, obecně označovaný v anglosaské literatuře jako Child Abuse and Neglect (CAN) a odtud převzatý i do naší terminologie, je soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, v rodině především. Jsou výsledkem převážně úmyslného ubližování dítěti, způsobeného nebo působeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. Jejich nejvyhraněnější podobou je úplné zahubení dítěte“ (Dunovský et al., 1995, s. 15).

S předchozí definicí se shoduje také Vágnerová (2004), která syndrom CAN definuje jako poškození tělesného, duševního i společenského stavu a vývoje dítěte, které vznikne v důsledku jakéhokoli nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby, jež je v dané společnosti hodnoceno jako nepřijatelné.

Podle Dunovského et al. (1995) je pro úplné dovysvětlení tohoto pojmu potřeba zmínit následující kritéria diagnózy. Jedná se o nenáhodný děj, který je společností nepřijímán či odmítán, jelikož se vymyká normám. Tomuto ději můžeme, ba dokonce musíme, předcházet, jde tedy o děj preventabilní. Způsoby vzniku CAN jsou různé. Dunovský et al. (1995) je dělí následovně:

- a) **vzniklé akcí** (aktivní) – útok, jakákoliv forma násilí, uvádění dítěte do nezvyklých situací,
- b) **vzniklé ne-akcí** (pasivní) – zanedbávání, nepečování, nedostatek výživy, výchovné péče či neadekvátní podmínky pro bydlení.

Následující tabulka ukazuje, že aktivity vzniklé akcí i ne-akcí můžeme rozdělit podle dopadu na dítě. Dopad na oblast tělesnou (např. zlomeniny) či duševní (např. ponižování). Jde-li o sexuální zneužívání, následky se projevují v obou těchto oblastech – tělesné i psychické (duševní). Modře podbarvené jevy označujeme jako týrání, zeleně podbarvené za zanedbávání. Jednotlivými formami syndromu CAN se detailněji zabývá druhá kapitola této práce.

Tabulka č. 1 – Formy a projevy syndromu CAN (Dunovský et al., 1995, s. 19)

	aktivní	pasivní
Tělesné týrání, zneužívání a zanedbávání	Tržné, zhmožděné rány a poranění, bití, zlomeniny, krvácení, dušení, otrávení, smrt	Neprospívání, vyhladovění, nedostatky v bydlení, ošacení, ve zdravotní a výchovné péči
Duševní a citové týrání, zneužívání a zanedbávání	Nadávky, ponižování, strašení, stres, šikana, agrese	Nedostatek podnětů, zanedbanost duševní i citová
Sexuální zneužívání	Sexuální hry, pohlavní zneužití, ohmatávání, manipulace v oblasti erotogenních zón, znásilnění, incest	Exhibice, video, foto, audiopornografie, zahrnutí dětí do sexuálních aktivit dospělých
Zvláštní formy: Münchhausenův syndrom v zastoupení, systémové týrání a zneužívání, organizované týrání a zneužívání, rituální týrání a zneužívání		

1.2 Historický pohled na syndrom CAN

Přístup k nepříznivému zacházení s dětmi se během historie lidstva velmi proměňoval. Každá společnost, kultura i doba si nese své normy. Období antické Sparty, ve které byla zabíjena novorozeňata a postižené děti, je již dávnou minulostí. V poslední době dochází k uvědomění si, že nedostatečné uspokojení potřeb dítěte vede k jeho špatnému rozvoji a ohrožení zdraví. Jako první zlom ve vnímání této problematiky můžeme brát vznik dobrovolné organizace – Národní společnost prevence proti krutostem na dětech, která vznikla r. 1883 v Liverpoolu a o rok později v Londýně. V následujícím období se postupně začíná formovat pojem CAN, zatím ovšem vnímaný pouze jako fyzické týrání. Např. v roce 1962 byl popsán tzv. „syndrom bitého dítěte“, který

pojmenoval C. H. Kempe z USA. Od této doby se společnost začala o tuto problematiku více zajímat. Nový pojem Child Abuse (zneužití dítěte) vzniká v 50. letech, kdy dochází k objevení neúrazových, úmyslných poškození v rámci krutého zacházení s dítětem neboli NAI (non-accidental injuries). S objevováním fyzického týrání dětí se začalo zjišťovat, že tyto děti trpí také psychicky. Docházelo u nich k citovému týrání, ať už aktivnímu (např. ponižování) či pasivnímu (např. nedostatečná stimulace). Právě to pasivní bylo podnětem pro přidání posledního písmene v názvu syndromu CAN. N jako Neglect, tj. zanedbávaný. Termín syndrom CAN je běžně používán dodnes. (Dunovský et al., 1995).

Hanušová (2006) dodává, že v české terminologii byla úmyslně ponechána tři základní označení, zdůrazňující na prvním místě týrání s užitím síly vůči dítěti. Zneužití bývá chápáno jako pohlavní zneužití, ve kterém násilí nemusí hrát roli. Pojem zanedbávání se pak kryje s již zmiňovaným anglickým slovem Neglect.

1.3 Současnost syndromu CAN

Jak uvádí Dunovský et al. (1995), naše společnost je pedocentrická, tj. na děti zaměřená a děti chránící. Dětství má v dnešní době a společnosti hodnotu, jakou nemělo nikdy dříve. Důkazem toho jsou typicky „dětské“ instituce (školy), vědní obory (pedagogika) a další oblasti společenské praxe. O mimořádné hodnotě dětství vypovídá také průmysl, reklama či byznys na děti zaměřený, který těží z emocionálního vztahu dospělých k dětem. Dá se tedy říci, že „blaho dítěte“ je argumentem nejen na úrovni osobní, ale také rodinné, mezinárodní a hlavně světové.

Nejen o ochraně dětí a jejich právech hovoří jednotlivé právní listiny, které jsou zmíněny v následující podkapitole.

1.3.1 Legislativa

Existuje množství ústavních i mezinárodních právních norem, které dávají státu za povinnost chránit děti před jakoukoliv formou syndromu CAN. Již roku 1924 byla v Ženevě přijata **Deklarace práv dítěte**, ve které se podepsané státy (Československo se zdrželo hlasování.) zavázaly poskytnout co nejlepší péči a rozvoj dětem, i přesto, že by se státy dostaly do jakkoliv nepříznivé situace. Dále v roce 1959 Spojené národy schvalují

Chartu práv dítěte, ve které prosazují optimální vývoj a ochranu pro všechny děti (Hanušová, 2006).

První listinou, převzatou také Českou republikou, je **Úmluva o právech dítěte**, která byla podepsána v New Yorku dne 20. listopadu 1989. Úmluva spočívá v tom, že státy přijímají opatření k zabránění únosů dětí, prodávání dětí a jakémukoliv obchodování (Dunovský et al., 1995).

Roku 2000 byly k této Úmluvě přidány dva Opční protokoly. První o zapojování dětí do ozbrojených konfliktů a druhý Opční protokol týkající se podeje dětí, dětské prostituce a dětské pornografie (Deklarace práv dítěte, 2009).

Další dokumenty platné pro Českou republiku:

- a) **Listina základních práv a svobod** upravuje základní lidská práva - lidé jsou si rovni důstojností i právy. Z nejdůležitějších práv zahrnutých v této listině patří právo na život, právo na osobní svobodu, právo na zachování lidské důstojnosti, právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého nebo rodinného života. Nejblíže tématu práce, je článek č. 32, který se týká ochrany dětí, rodiny a rodičovství (Listina základních práv a svobod, 1992).
- b) **Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí** nařizuje různým institucím (např. školám) povinnost ohlásit jakékoliv podezření na trestný čin a ohrožení dítěte. Sociálně právní ochranou se rozumí: ochrana práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu, ochrana oprávněných zájmů dítěte, včetně ochrany jeho jmění, působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny. Sociálně-právní ochrana se podle tohoto zákona § 6 zaměřuje na děti: jejichž rodiče zemřeli, jejichž rodiče neplní povinnosti plynoucí z rodičovské zodpovědnosti, děti, které vedou nemravný život (zanedbávání školní docházky, požívání alkoholu a návykových látek, prostituce, páchání trestných činů či přestupků), dále na děti, které opakovaně utíkají od rodičů či na kterých byl spáchán trestný čin ohrožující život. Mezi orgány, které mají moc zajišťovat dětem sociálně-právní ochranu patří: krajské úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, obecní úřady a újezdni úřady, Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen „MPSV“), Úřad pro mezinárodně-právní ochranu dětí, Úřad práce České republiky, obce v samostatné

působnosti, kraje v samostatné působnosti a Komise pro sociálně-právní ochranu dětí (Zákon č. 359/1999 Sb.,).

- c) **Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách** je upravována pomoc a podpora pro fyzické osoby v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb. V souvislosti se syndromem CAN sem spadají např. krizové linky, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež či zařízení pro krizovou pomoc, která pomáhají dětem ohroženým násilím (Zákon č. 108/2006 Sb., 2006).
- d) **Národní strategie prevence násilí na dětech ČR 2008-2018** (dále jen „Strategie“) je v souladu s doporučením Světové zprávy o násilí na dětech. Klade si za cíl odstranit roztržitost primárně preventivních programů a povznést tak jejich účinnost, dále zvýšit ochranu dětí před násilím, k čemuž se státy zavázaly již ratifikací Úmluvy o právech dítěte (Vaníčková a kol., 2010).
- e) **Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník**, ve kterém najdeme vypsány nejrůznější trestné činy, které mohou být páčány na dětech. Např. trestný čin vraždy, trestný čin omezení a zbavení osobní svobody, trestný čin ublížení na zdraví, trestný čin mučení a jiné nelidské kruté zacházení, trestný čin znásilnění, trestný čin týrání svěřené osoby, trestný čin týrání osoby žijící ve společném obydlí atp. (Trestní zákoník, 2009). Konkrétně v §364 - §368 jsou usneseny povinnosti, které má každá fyzická osoba v případě podněcování, schvalování, nadržování, nepřekažení a neoznámení trestného činu.

1.3.2 Instituce pomáhající týraným, zneužívaným a zanedbávaným dětem v ČR

Na problematiku a četnost týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí nereaguje pouze legislativa, ale také společnost sama, zakládáním nápomocných institucí. Tyto instituce fungují (nejen) jako první pomoc pro děti postihnuté syndromem CAN. Dané organizace vychází z předpokladu, že požádat o pomoc může být pro dítě těžké, ať už ze strachu či stydlivosti. Existuje tedy řada způsobů, jak o svém problému mohou informovat a získat pomoc. Například po telefonu, e-mailem, přes aplikaci Skype, přes online chat, samozřejmě osobně atd. V České republice existuje velké množství služeb a konkrétních organizací, které poskytují pomoc. Nejdůležitější organizací je Orgán sociálně-právní ochrany dětí (dále jen „OSPOD“), který je legislativně povinen chránit tyto děti. Vedle této

státní organizace se u nás dále vyskytují neziskové organizace, které jsou také zaměřeny na ochranu dětí, postihnutých syndromem CAN, ale mohou mít své úkoly a služby zaměřené také např. na děti handicapované atd.

- a) **OSPOD** má za úkol chránit práva a zájmy dětí. Do rodiny tedy pracovník OSPOD vstoupí na daný podnět, aby mohl okamžitě pomoci dítěti, které ho potřebuje. Dále OSPOD může zastupovat nezletilého např. v řízeních, při kterých se rozhoduje, komu bude svěřeno do péče (MPSV, 2013).
- b) **Dětské krizové centrum** (dále jen „DKC“) vzniklo roku 1992 a u jeho zrodu stál např. prof. MUDr. Jiří Dunovský, DrSc. Pracují zde psychologové, terapeuti, sociální pracovníci a právníci, kteří spolupracují s dalšími odborníky. Pověřeni MPSV vykonávají sociálně-právní ochranu v tomto rozsahu: zřizují odborné poradenství pro péči o děti, vyhledávají děti, na které se sociálně-právní ochrana zaměřuje, pomáhají rodičům při řešení výchovných a jiných problémů s dětmi, pořádají přednášky a kurzy zaměřené na péči o dítě, snaží se chránit děti před škodlivými vlivy (DKC¹).
- c) **Linka bezpečí**, která je akreditována v rámci systému sociálně-právní ochrany dětí v České republice a je členem celosvětové asociace linek důvěry Child Helpline, má za úkol poskytnutí kvalitní a dostupné pomoci (nejen) dětem. Linka bezpečí pomáhá v náročných životních situacích, s každodenními starostmi a problémy. Dále poskytuje krizovou intervenci a poradenství pro klienty z celé České republiky, přes e-mail, telefon či prostřednictvím online chatu (Linka bezpečí²).
- d) **Bílý kruh bezpečí** (dále jen „BKB“) poskytuje od roku 1991 sociální poradenství, psychologické poradenství, právní informace a praktické rady pro oběti kriminality a domácího násilí. Komplexní pomoc BKB je poskytována prostřednictvím bezplatné nonstop linky, intervenčního centra v Ostravě, centrálou v Praze a celostátními sítěmi poraden BKB. BKB se dále zabývá např. přednáškami, semináři a publikační aktivitou

¹ <http://www.ditekrize.cz/>

² <https://www.linkabezpeci.cz/>

(Bílý kruh bezpečí³). BKB tedy není přímo zaměřeno konkrétně na pomoc týraným, zanedbávaným a zneužívaným dětem, ale např. na ženy, které jsou oběťmi domácího násilí. V rodině však můžou probíhat tyto formy násilí současně, tudíž není vyloučena pomoc i dětem zastiženým syndromem CAN.

- e) **Fond ohrožených dětí** (dále jen „FOD“) je nezisková organizace, která pomáhá ohroženým dětem již od roku 1990. FOD sídlí v Praze, ale má působnost po území celé republiky. V současnosti provozuje 15 Klokánek, což jsou zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Mezi hlavní náplň práce patří: zřizování a provoz Klokánek, vyhledávání náhradních rodin pro děti, které tu svou nemají, osvěta, snaha o zlepšení legislativy i praxe na úseku ochrany dětí (Fond ohrožených dětí⁴).
- f) **Nadace Naše dítě** bude pro veřejnost více známa, už kvůli medializaci a napojení na slavné osobnosti. Nadace nepomáhá pouze dětem týraným, zneužívaným a zanedbávaným ale zaměřuje se také na finanční pomoc dětem opuštěným, mentálně i fyzicky znevýhodněným a těm, které se ocitnou v obtížné životní situaci, a to již od roku 1993. Mimo přímé finanční podpory ohrožených dětí či institucí, které děti ochraňují (např. oddělení nemocnic, dětské domovy, krizová centra atp.), se nadace zabývá také osvětou a bezplatným právním poradenstvím (Nadace Naše dítě⁵).

1.3.3 Epidemiologie

Z dostupných pramenů vyplývá, že neexistují přesné statistiky, které by ukázaly výskyt syndromu CAN. Důvodů je hned několik, jednotlivé zdroje a informace uvedené v nich se často liší, diagnostikovat syndrom CAN není lehké, jelikož bývá často utajován a stanovit diagnózu z různých projevů je práce pro odborníky, kteří musí provést komplexní vyšetření. Hlavně se jedná o problematiku, ve které není řada případů zachycena (Vágnerová, 2014).

³ <https://www.bkb.cz/>

⁴ <http://www.fod.cz/>

⁵ <https://www.nasedite.cz/o-nas/>

Vágnerová (2014) uvádí, že v současnosti trpí syndromem CAN minimálně 5 % dětí. Zanedbávání a týrání se může vyskytovat u dětí od raného věku, ve více jak polovině případů se jedná o děti mladší šesti let. Dívky i chlapci bývají zanedbáváním či týráním postiženi ve stejné míře.

Ze zahraničních statistik vyplývá, že „*Fyzickému týrání je podle odhadu různých studií vystaveno 5-10 % dětí, zanedbáváním a psychickým týráním trpí 6-10 % dětské populace*“ (Jones 2008 in Vágnerová 2014, s. 541).

Katamnestické studie uvádí, že 20-25 % dospělých osob má ze svého dětství sexuální zkušenost s dospělým člověkem. V České republice se jedná o 33 % žen a 17 % mužů, což dokumentuje, že sexuálním zneužíváním bývají více ohroženy dívky (Dunovský et al., 1995; Vaníčková et al., 1995).

Je odhadováno, že v zemích, které můžeme srovnávat s tou naší, je výskyt syndromu CAN kolem 1–2 % ročně. To by znamenalo cca 25 000 dětí do 18 let. Smutné je, že z dostupných statistik víme pouze o 5 000 případech (Dunovský et al., 1999; Mufson a Kranz, 1996)

1.3.4 Statistiky v ČR

Tato podkapitola porovnává statistiky výskytu syndromu CAN z roku 2006 a z roku 2016. Data poskytuje Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dále podkapitola srovnává aktivní klientelu Dětského krizového centra, která byla získána z dostupných výročních zpráv DKC.

Tabulka č. 2 – Statistika syndromu CAN za rok 2006 (MPSV, 2007)

ROK 2006		Tělesné týrání		Psychické týrání		Sexuální zneužívání		Celkem	
		Chlapci	dívky	chlapci	dívky	Chlapci	dívky	Chlapci	dívky
Zjištěno případů	Do 1 roku	14	15	6	8	0	4	20	27
	Od 1 roku do 3 let	31	21	22	16	1	8	54	45
	Do 3 do 6 let	41	28	49	31	10	43	100	102
	Od 6 do 15 let	199	139	126	140	73	352	398	631
	Od 15 do 18 let	25	43	25	29	7	87	57	159
Celkem		310	246	228	224	91	494	629	964
		556		452		585		1593	

Z tabulky číslo 2 vyplývá, že za rok 2006 bylo zjištěno celkem 1593 případů. Většina případů byla páchána na dívkách, o čemž přesvědčují součty z každé věkové kategorie, vyjma dětí od 1 roku do 3 let, kde převažuje pohlaví mužské. Ačkoliv jsou výsledky jednotlivých forem násilí v celku vyrovnané, největší zastoupení má sexuální zneužívání, v 585 případech z 1593 zmiňovaných. Nejčastěji postiženou věkovou oblastí jsou děti ve věku od 6 do 15 let.

Tabulka č. 3 – Statistika syndromu CAN za rok 2016 (MPSV, 2017)

ROK 2016		Tělesné týrání		Psychické týrání		Sexuální zneužívání		Celkem	
		chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	Chlapci	dívky
Zjištěno případů	Do 1 roku	12	15	22	23	1	0	35	38
	Od 1 roku do 3 let	29	28	53	57	2	9	84	94
	Do 3 do 6 let	44	48	104	106	25	50	173	204
	Od 6 do 15 let	204	170	259	279	133	452	596	901
	Od 15 do 18 let	28	48	42	42	24	84	94	174
Celkem		317	309	480	507	185	595	982	1411
		626		987		780		2393	

Tabulka č. 3 ukazuje, že celkový počet případů pro rok 2016 je 2393. Většinový podíl případů je páchan na dívkách, což dokazuje součet v každé věkové kategorii. Nejčastější zastoupení má psychické týrání u 987 dětí. A nejčastěji zastoupenou věkovou kategorií je věk od 6 do 15 let.

Ve srovnání roků 2006 a 2016, lze vidět, že počet zjištěných případů za deset let stoupl o 800 případů. Nejčastěji postižovanými zůstávají dívky. Jejichž počet se neustále zvyšuje. Věková kategorie s největším počtem výskytu syndromu CAN zůstává stejná – od 6 do 15 let. Alarmující je nárůst počtu dětí v každé věkové skupině, postižené syndromem CAN.

Dalším srovnáním je aktivní klientela DKC v letech 2006 a 2016:

Tabulka č. 4 – Aktivní klientela DKC za rok 2006 (DKC, 2007)

ROK 2006	Chlapci	Dívky	Celkem
Fyzické týrání	15	12	27
Psychické týrání	4	9	13
Sexuální zneužívání	30	89	119
Celkem	49	110	159

Tabulka č. 4 dokazuje 159 klientů v roce 2006, kteří navštívili DKC z důvodu tělesného či psychického týrání nebo sexuálního zneužívání. Nejvíce dětí bylo postiženo sexuálním zneužíváním.

Tabulka č. 5 – Aktivní klientela DKC za rok 2016 (DKC, 2017)

ROK 2016	Chlapci	Dívky	Celkem
Fyzické týrání	30	15	45
Psychické týrání	5	3	8
Sexuální zneužívání	35	98	133
Celkem	70	116	186

Tabulka č. 5 je důkazem, že během roku 2016 se na DKC obrátilo 186 osob, které si prošly fyzickým či psychickým týráním nebo sexuálním zneužíváním. Největší zastoupení má sexuální zneužívání.

Dáme-li tyto dvě tabulky do porovnání, zjistíme, že nejčastější formou násilí u klientů, kteří se obrátili na DKC, bylo sexuální zneužívání, které viditelně převažuje u dívek. Celkový počet klientů u všech forem násilí na dětech stoupl, vyjma psychického týrání, které se o 5 klientů snížilo.

V posledních letech vydává DKC ve svých výročních zprávách přesnější údaje, jelikož do statistických tabulek evidují také věkovou skupinu dětí viz Příloha 1.

1.4 Příčiny a rizikové faktory syndromu CAN

Jak říká Dunovský et al. (1995), není možné sepsat veškeré příčiny, které vedou k násilí na dětech. Můžeme pouze vybrat ty nejčastější, se kterými se setkávají odborníci při diagnostikách. Typické však pro všechny tyto situace je, že se ohrožení u dítěte neobjevuje pouze v jedné složce syndromu CAN (např. pouze v psychické sféře), ale dochází ke kombinování, s větší či menší převahou v jedné ze skupin.

a) Příčiny

Podle Bechyňové et al. (2007) je pochopení, proč se někdo může k dítěti chovat krutě a hrubým způsobem používat násilí, pro mnoho lidí obtížné. První reakce téměř každé osoby je, že tohoto chování se může dopustit pouze člověk duševně nemocný. Nové poznatky však ukázaly, že mnohem méně než 10 % všech dospělých agresorů zneužívajících děti, má duševní nemoc, ta tedy není jednoznačnou příčinou. Dále stojí za zmínku, že většina agresorů děti miluje, ale jejich nevyzrálá osobnost a nízká míra tolerance vůči stresu vede k tomu, že neumějí dávat své city najevo. Je třeba zmínit, že neexistuje žádné jednoduché vysvětlení pro špatné zacházení s dětmi, každý případ je výsledkem komplexního působení řady osobnostních, sociálních a kulturních faktorů.

b) Rizikové faktory

Podkapitolu příčin doplňuje Říčan et al. (2006), který píše, že jde-li o děti vyrůstající v rodině, vzniká syndrom CAN z důvodu narušení vztahu dítěte a rodičů. Rizikové faktory nacházíme jak na straně rodičů, tak na straně dítěte, což je důvodem toho, že v rodinách s více dětmi, může docházet k týrání pouze jednoho z dětí, kterému po odebrání z rodiny může být ubližováno i v několika pěstounských rodinách po sobě. Rizikové faktory tedy mohou být:

- **Rizika na straně rodičů** hrají velikou roli, avšak je zjištěno, že pouze v případě 5-10 % je porucha podmíněna individuální psychopatologií rodičů samých – vliv depresí, závislosti na alkoholu a jiných psychoaktivních látkách, eventuálně i vliv psychotických poruch rodičů. Za nejzávažnější riziko jsou považovány negativní zážitky rodičů, z jejich dětství. Tendence k intergeneračnímu přenosu je značná. Avšak i z dříve týraných dětí, které

vnímají, že to, co zažívaly, nebylo správné, se mohou stát dobří rodiče. K rizikovým rodičům počítáme také velmi mladé rodiče, svobodné matky, osobnostně nezralé osoby či osoby impulzivní.

- **Rizika na straně dítěte** se vyskytují v případech, kdy se jedná o děti postižené, ať už psychicky či fyzicky. Tyto děti se pro mnoho rodičů stávají nedostupnými, nesrozumitelnými a neodměňujícími. Nemusí se jednat o těžkou formu postižení, naopak častějším důvodem nepřijetí bývá lehčí deficit (např. ADHD či specifické poruchy učení). Další skupinou jsou děti s odlišnou reaktivitou v útlém věku – např. děti plačtivé, neklidné, dráždivé či děti pasivní a málo aktivní.
- **Faktory na straně prostředí** mohou být také spouštěčem násilí v rodině. K rizikům ze strany rodičů a dítěte se totiž často přidávají nepříznivé vlivy prostředí, se kterými se rodina musí vyrovnávat. Kritickou situací mohou být např. časté stresové situace, konflikty a chudoba, ale také nechtěné těhotenství, které může znamenat nejen emoční vypětí, ale vyžaduje také potřebná sociální řešení – zajištění ekonomické, přerušení studia, konflikty s vlastními rodiči atp. (Říčan et al., 2006).

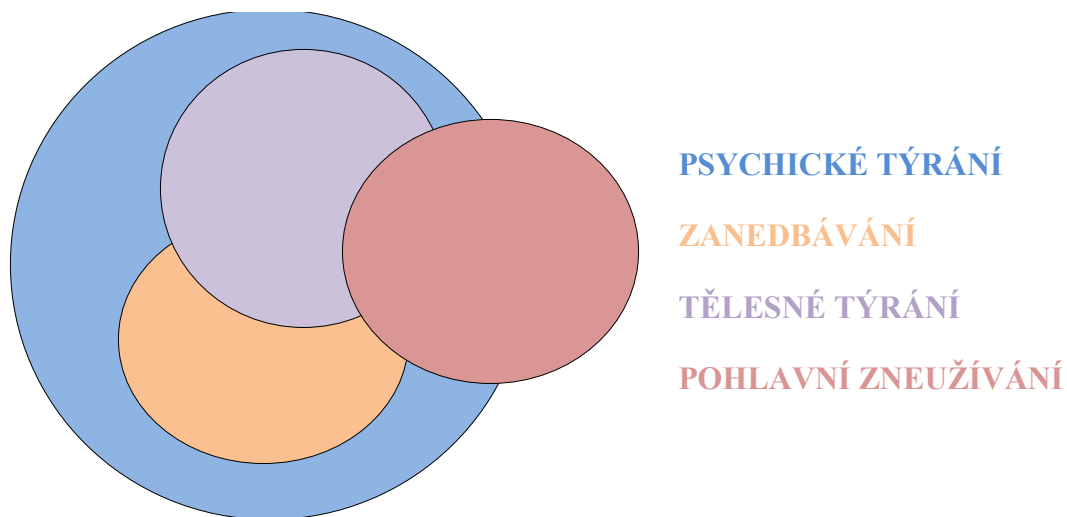
2 Formy a projevy syndromu CAN

Říčan et al. (2006) popisuje ve své publikaci tyto formy syndromu CAN, jež mezi sebou mají plynulé přechody či se vyskytují současně.

- **Týrání dítěte** – tělesné i emoční.
- **Zneužívání dítěte** – především sexuální zneužívání, dále např. nucení do nepřiměřené práce atp.
- **Zanedbávání dítěte** – v oblasti hygieny, výživy, stimulace, nedostatečného dohledu atd.
- **Psychická deprivace** – bývá klasifikována jako psychické zanedbávání.

Dunovský et al. (1995) navíc vymezuje kategorii zvláštních forem syndromu CAN, které zahrnují např. Münchhausenův syndrom v zastoupení, systémové týrání atd. Podle tohoto dělení si představíme jednotlivé formy a projevy v následujících podkapitolách.

Obrázek č. 1 – Propojení jednotlivých forem Pöthe (1996, s. 37)



2.1 Tělesné týrání

První formou, kterou se budeme zabývat, je nejpodrobněji prozkoumaný a popsáný jev v rámci syndromu CAN – tělesné týrání (Dunovský et al., 1995).

Pöthe (1996) uvádí následující definici: „*Tělesné týrání je tělesné ublížení dítěti anebo jeho nezabránění, případně nezabránění utrpení dítěte včetně úmyslného otrávení nebo udušení dítěte, a to tam, kde je určitá znalost či důvodné podezření, že zranění bylo způsobeno anebo že mu vědomě nebylo zabráněno. (Definice Zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992).*“

Ve shodě s předchozí definicí je také Mühlpachr (2008), který definuje fyzické týrání jako zacházení, při kterém je dítěti působeno fyzické utrpení. Dále zahrnuje pasivní chování, kterým je například nezabránění takovému jednání. Jedná se o všechny formy nepřiměřených aktů násilí na dítěti, které mohou vést nejen k lehkému ublížení na těle, ale také ke smrti jedince.

2.1.1 Tělesné týrání aktivní povahy

Tělesné týrání aktivní povahy zahrnuje všechny akty násilí na dítěti a záměrné opomínání v péči o dítě, které vede k poranění či smrti dítěte. Dále sem řadíme děti, které nemají bezprostřední známky tělesného poranění, ale jsou zasaženy utrpením v podobě dušení nebo trávení (Dunovský et al., 1995).

Dunovský et al. (1995) do této skupiny zahrnuje následující formy násilí: **zavřená poranění**, která se vyznačují poškozením tkání a orgánů tupým násilím, převážně bez poranění kůže (otřesy, pohmoždění, kousání, vytrhávání vlasů, poranění svalů, kostí a hlavy, třesení a poranění mozku, míchy a nitrobřišních orgánů.) Dále **otevřená poranění**, do kterých řadíme rány na hlavě, nitrooční krvácení, rány na hrudníku a popáleniny. Tato poranění bývají často doprovázena bezvědomím, bolestmi břicha a hlavy, závratěmi, poruchami dýchání či křečemi. Poslední podskupinou jsou **mnohočetná zranění**, která často končí smrtí jedince.

2.1.2 Tělesné týrání pasivního charakteru

Tělesným týráním pasivního charakteru se rozumí nedostatečné uspokojení alespoň nejdůležitějších tělesných potřeb dětí. Jde o úmyslné, ale i neúmyslné nepečování. Řadíme

sem také nepochopení rodičovské role, ať již z důvodu otupělosti či nezralosti. Vše zmíněné vede k neprospívání dítěte, jeho menší či větší zanedbanosti, nerozvinutí jeho sil a schopností, ale hlavně k zpuštění dítěte, ba až k jeho smrti (Dunovský et al., 1995).

Dle Dunovského et al. (1995) sem zahrnujeme tyto případy: **poruchu v prospívání dítěte neorganického původu**, která se vyskytuje ve zchudlých a společensky nepřizpůsobivých rodinách. Hlavním rysem je nedostatečná výživa, která vede k výrazné podvaze. **Nedostatek zdravotní péče**, do kterého řadíme vědomé odmítání lékařské péče, ať už preventivní či léčebné. Dále **nedostatek ve vzdělávání a výchově** nebo **nedostatek přístřeší, ošacení a ochrany**. Jako poslední zmiňuje skupinu dětí vykořisťovaných, do které spadá dětská námezdní práce, která je do 16 let věku zakázána.

2.2 Psychické týrání

Mufson a Kranz (1996) definují psychické týrání jako chování, které podřívá sebedůvěru dítěte. Doplnují následující příklad: nutíme-li dítě obléknout se do šatů, které nejsou přiměřené jeho věku či pohlaví, dochází k ponížení dítěte, které mu sice nezanechá jizvy na těle, ale i tak mu to ublíží.

Kongres USA nabízí tuto definici: „...*jakékoli duševní příkoří... nedbalost nebo špatné jednání s dítětem mladším osmnácti let ze strany osoby, která je odpovědná za blaho dítěte, za podmínek, které znamenají, že tímto nakládáním je poškozováno nebo ohrožováno zdraví nebo blaho dítěte.*“

Jiná definice o emocionálním týrání mluví o tom, že dítě „*prodělalo emocionální strádání*“. Znamená to, že i přes nenarušenou fyzickou stránku dítěte, jsou ohroženy jeho pocity a emoce, což může ublížit daleko více než týrání fyzické, navíc jedná-li se o chování způsobené ze strany blízké osoby, která by měla dítě milovat a zabezpečovat (Mufson a Kranz, 1996).

Podle Dunovského et al. (1995) je psychické týrání pojmem obecně nejasným, o němž se nehovoří zdaleka tak často, jako např. o týrání fyzickém či sexuálním zneužívání. Také specializovaná pracoviště se více zaměřují na fyzické týrání a sexuální zneužívání. Důvodem je, že tyto fenomény jsou lépe vymezené a na první pohled zřetelné. To se

o psychickém týrání říci nedá. Zdokumentovat psychické týrání je velice obtížné. V našem soudnictví se s touto problematikou setkáváme jen zřídka.

Mufson a Kranz (1996) uvádějí některé případy emocionálního týrání: shazování pracovních výsledků dospívajícího (srovnáváním s ostatními nebo prohlášením, že daný úspěch nic neznamena), popírání (např. rodiče, kteří říkají, že nikdy nemyslí na sebe, ale vždycky jen na své děti) a dále rodiče, kteří nejsou nikdy spokojení (svou nespokojenost mohou vyjadřovat jakkoliv).

Emocionální týrání bývá často dodatkem k týrání fyzickému. Běžně se vyskytuje v rodinách, kde je jeden či více dospělých závislých na alkoholu a drogách. Ti pak nejsou schopni se díky své závislosti o dítě postarat (Mufson a Kranz, 1996).

2.3 Sexuální zneužívání

V posledních letech se i u nás věnuje pozornost této problematice více a více. Dochází k navazování na západní země, ve kterých byl tento trend zahájený již v osmdesátých letech, kdy se v souvislosti s rozvojem moderního feministického hnutí žen začalo otevřeně mluvit o existenci a rozsahu sexuálního zneužívání a incestu ve společnosti (Weiss et al., 2005).

Sexuální zneužívání dětí je obecně označované (v anglosaské literatuře) jako Child Sexual Abuse (CSA), u nás užívané jako syndrom CSA (Dunovský et al., 1995).

Syndrom CSA lze definovat jako: „*Kontakty nebo interakce mezi dítětem a dospělým, při kterých je dítě použito pro sexuální stimulaci pachatele nebo jiné osoby. Sexuální zneužití může spáchat také člověk mladší osmnácti let, pokud je významně starší než oběť, nebo když je v pozici, která mu dává nad druhým dítětem moc*“ (Mufson a Kranz, 1996, s. 46).

Hanušová (2006) a Dunovský et al. (1995) dělí sexuální zneužívání na nekontaktní a kontaktní.

- a) **Nekontaktní sexuální chování** zahrnuje verbální sexuální návrhy, zneužívání dítěte pro dětskou pornografii, expozice genitálu eventuálně masturbace, exhibicionismus a voyerismus – sexuální vzrušení při sledování nahého/svlékajícího se dítěte (Hanušová, 2006). Dunovský et al. (1995)

přidává harassment – znepokojujání, zneklidňování dítěte, např. slovními výpady, tisknutím k sobě, poplácáváním po zadku atd. Sexuální podtext dospělý popírá.

- b) Mezi formy **kontaktního sexuálního zneužívání** Dunovský et al. (1995) radí: **obtěžování** (dítě je dospělým líbáno, osaháváno, často za doprovodu slovního obtěžování), **sexuální útok** (dospělý se za užití síly dotýká erotogenních zón dětského těla, mazlí se s ním, vniká do něj např. prsty, žádá masturbaci penisu např. rukou), **znásilnění** (vynucené vniknutí do vaginy či úst dítěte penisem), **incest** (sexuální styk mezi dvěma osobami, jimž není zákonem dovoleno uzavřít sňatek), **pedofilní obtěžování** (sexuální obtěžování prepubertálního dítěte dospělou osobou), **sexuální turistika**, **skupinové zneužívání** (cizinci cestují do země za účelem sexuálního uspokojení dítětem), **sexuální útok s následkem smrti**.

Někteří odborníci se zabývali také tím, co se stane s dítětem, které své tajemství někomu svěří. V několika případech docházelo k tomu, že děti časem odvolávaly svá tvrzení. C. R. Summit tento jev pojmenoval jako **syndrom dětského přizpůsobení**. Ten má 5 fází: **utajování** (dítě slýchá např. „Jestli to někomu řekneš, tak...“), **bezmocnost** (častější je obtěžování od známé osoby, bezmocnost umocňována svěřením do péče pachatele), **svedení a přizpůsobení** (dítě přijme skutečnost a přizpůsobí se jí, viní samo sebe z této situace), **opožděné, konfliktní a nespravedlivé odhalení** (opožděné ohlášení působí nevěrohodně), **odvolání výpovědi** (dítě má strach např. z rozvratu rodiny) (Dunovský et al., 1995).

2.4 Zanedbávání

Zanedbávání chápeme jako „*chování osoby odpovědné za péči o dítě, které překračuje nebo nedosahuje společnosti formálně (zákonně) i neformálně (zvykově) definovaná pravidla řádné péče a výchovy dítěte...zanedbávání můžeme definovat jako situaci, kdy potřeby dítěte nejsou adekvátně uspokojovány, což vede k ohrožení jeho života, zdraví nebo vývoje*“ (Pemová a Ptáček, 2016, s. 34).

Dunovský et al. (1995) dodává, že zanedbaností se rozumí následky nedostatku výchovy v prostředí socioekonomicky nízké úrovně. Zanedbané děti vyrůstají

v jednoduchém prostředí, bez dostatečné hygieny a ideálních vzorů vyspělého chování. Často nemají možnost rozvinout svůj psychický potenciál, jelikož nenavštěvují školy. Avšak zanedbávaným dítětem v pojmu syndromu CAN chápeme dítě, jež se ocitá v situaci, kdy je vážně ohroženo nedostatečnými podněty, které potřebuje pro svůj psychický i fyzický vývoj. Mezi krajní případy zanedbanosti řadíme situace, ve kterých je dítě totálně izolováno od lidské společnosti.

Pemová a Ptáček (2016) ve své publikaci jmenují jednotlivé formy zanedbávání dítěte:

- a) **Fyzické zanedbávání**, které je nejlépe rozeznatelnou formou zanedbávání. Mezi hlavní příčiny patří: nedostatečné rodičovské kompetence (neinformovanost o nutnosti dodržování léčebných režimů) či špatná socioekonomická situace rodiny (rodina není schopna z vlastních zdrojů zajistit materiální potřeby pro dítě).
- b) **Psychické zanedbávání**, např. nedostatečná emoční podpora, odpírání lásky a pozornosti či přítomnost dítěte u domácího násilí.
- c) **Zanedbávání vzdělání**, např. odmítání odborných doporučení souvisejících se speciálně vzdělávacími potřebami dítěte, dlouhodobá neomluvená absence, absence bez zákonných důvodů, např. hlídání sourozence, péče o jiného člena rodiny atd.
- d) **Opuštění dítěte nebo odmítnutí dítěte v domácnosti**, u něhož není podstatná pouze délka opuštění dítěte, ale hlavně věk, zdravotní stav a prostředí, ve kterém bylo ponecháno. Např. ponechání dítěte v automobilu za mrazu či vedra. Dále sem řadíme odmítání soužití s dítětem v jedné domácnosti, např. naváže-li rodič nový partnerský vztah.
- e) **Nutriční zanedbávání**, kdy dítěti není poskytována strava v odpovídajícím množství nebo zdravotní nezávadnosti.
- f) **Zanedbávání oblečení** neboli situace, kdy je dítě nuceno nosit oděv, který např. neodpovídá klimatickým podmínkám.
- g) **Nevhodné bytové podmínky a bezdomovectví** zahrnuje situace, kdy rodina nemá kde bydlet, ale také pokud se velice často stěhuje, žije v ubytovnách, azylových domech nebo u příbuzných a přátel.

2.5 Zvláštní formy syndromu CAN

V odborné literatuře jsou popsány i další zvláštní formy syndromu CAN:

a) Múrchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy)

Jedná se o situace, při kterých rodiče vedle úmyslných otrav různými léky vymýšlí u svých dětí příznaky a onemocnění. Dokonce je uměle vytvářejí, aby bylo dítě vyšetřováno a léčeno. Tento syndrom končí až v jedné pětině případů smrtí dítěte (Dunovský et al., 1995).

b) Systémové týrání a zneužívání

Hanušová (2006) popisuje systémové týrání (druhotné ponižování) jako týrání či zanedbávání, kterému lze zabránit. Jde o týrání, které je způsobeno systémem, jež má za úkol pomoci a chránit děti a jejich rodiny.

Jako příklady takového týrání uvádí Hanušová (2006) situace, kdy dítě není vyslechnuto, je odebráno svým rodičům neprávem, nejsou mu poskytnuty informace, na které má právo či je dítěti způsobené trauma při kontaktu se soudním systémem (např. protahování slyšení) nebo častými nepotřebnými a necitlivými lékařskými prohlídkami.

c) Organizované týrání a zneužívání

Bechyňová et al. (2007) uvádí jako zvlášť nebezpečné právě organizované týrání dětí. Toto týrání bývá často spojováno s magickým významem jako součást určitého kultu či satanistické bohoslužby. Mezi extrémní případy řadíme hromadné sebevraždy celých společenství. Mezi méně nápadné patří odmítání odborné zdravotní péče (např. transfuze krve některými sektami – Svědci Jehovovi) i jednotlivými rodiči, kteří dítě „léčí“.

3 Diagnostika syndromu CAN

Diagnostika zahrnuje komplexní činnost interdisciplinárního týmu, zjišťujícího a posuzujícího okolnosti odhaleného či ohlášeného případu špatného zacházení s dítětem či jeho následků. (Dunovský et al., 1995)

Podle Pemové a Ptáčka (2016) se tedy jedná o situaci, která následuje po momentu, kdy se sociální pracovníci dozvěděli o možném ohrožení dítěte a nyní stanovují diagnostickou strategii.

K odhalení nepříznivé situace dítěte může dojít několika způsoby. Bechyňová et al. (2007) uvádí následující:

Tabulka č. 6 – Možnosti odhalení nepříznivé situace dítěte (Bechyňová et al., 2007, s. 56)

Cílené aktivity na straně dítěte	Dítě žádá o pomoc dospělou osobu – rodiče, příbuzného, známou osobu (př. učitele).
	Dítě žádá o pomoc vrstevníky – kamarády, spolužáky, kteří předají informaci dál.
	Dítě samo vyhledá odbornou pomoc (OSPOD, LD, krizové centrum).
Aktivita mimo dítě	Lidé z okolí dítěte zaregistrují nepříznivou situaci a dají podnět k jejímu řešení.
	Nepříznivou situaci odhalí jedinec v rámci svého profesního působení (lékař, soc. pracovník).
	Dítě se svěří nějaké osobě, nejčastěji vrstevníkům, kteří postoupí informaci dál (svým rodičům, učitelům), ačkoliv je traumatizované dítě zavázalo k mlčenlivosti.

Zákonem je stanoveno, že každý člověk, který zjistí (stačí i podezření) jakoukoliv formu ubližování dítěti, je povinen tuto skutečnost nahlásit orgánům péče o rodinu a děti městských úřadů či pověřených obcí. Další možností je nahlášení přímo Policii České republiky. V neposlední řadě lze dítě poslat rovnou k lékaři, který dítě vyšetří, zdokumentuje zranění či dítě pošle do nemocnice. Touto možností je splněna další povinnost – zamezit dalšímu ubližování dítěti (Weiss et al., 2005).

Práce pediatra není v dané oblasti vůbec jednoduchá. Ten se musí naučit diagnostikovat tento jev, a to jak po stránce odborné, tak profesně etické a lidské.

Mluvíme-li o patrných známkách násilí, které jsou dobře viditelné, např. zvláštní fraktury v různé fázi hojení, opakované výrazné hematomy, zvláště na nečekaných místech těla či popáleniny, bývá diagnóza CAN lehčí, než je diagnóza např. u úmyslně způsobené podvýživy či nedostatečné péče o dítě.

Diagnostika v oblasti psychické je náročnější, jelikož psychické týrání není na první pohled toliko viditelné, jako týrání fyzické. Citové vydírání je vždy doprovázeno závažnými změnami v chování dítěte, které ovšem mohou být způsobeny také akutním psychickým šokem, způsobeným nějakým mimořádným zážitkem či událostí v životě dítěte (Dunovský et al., 1999).

Úplně nejnáročnější je diagnostikovat sexuální zneužívání dětí, pokud se nejedná o znásilnění, které nechává zjevné stopy na těle i duši dítěte nebo pokud nebyl chycen pachatel při činu. Diagnóza je často založena pouze na výpovědi dítěte, jehož věrohodnost bývá často zpochybňována proti výpovědi obviněného. Dalším problémem je, že až v 80 % případů se toto zneužití odehrává v rodině, která díky své soudržnosti a síle intimity nedovolí proniknout k objasnění. Stane-li se tak, dítě je velice často donuceno k popření situace. Diagnostika je samozřejmě prováděna odborníky, dále je za jednosměrným zrcadlem přítomen vyšetřovatel, advokát obviněného a sociální pracovníce. Celý rozhovor s dítětem je nahráván na videozáznam, aby mohl být uskutečněn pouze jednou. Vyšetření dětského gynekologa či chirurga je samozřejmostí.

Dětský lékař při diagnostice vychází ze své dobré znalosti situace kolem dítěte, nejlepší však je, předá-li případ do rukou specializovaného pracoviště (Dunovský et al., 1999).

Tento diagnostický postup však nemusí přinést žádné zjištění. Proto je někdy potřeba dítě přijmout k diagnostickému pobytu. Zde je provedeno komplexní vyšetření a lze dítě pozorovat v neutrálním prostředí. Pobyt může probíhat v nemocnicích či diagnostických dětských domovech, např. v již zmiňovaném Dětském krizovém centru (Dunovský et al., 1995).

Po těchto vyšetřeních navazuje psychologické a sociálně-psychologické vyšetření. Důležité je samozřejmě stanovení příčin a mechanismů poškození dítěte, ke kterému dochází na společném sezení všech zúčastněných – cílem je tedy interdisciplinární zhodnocení. Nedá-li se diagnóza určit v této fázi jako jistá, zapojuje se policie, které lékaři předávají všechna svá zjištění. Eventuálně jsou dána k dispozici také OSPODu.

Správná diagnóza a dobře provedená vyšetření jsou základem pro určení vhodné terapie a rehabilitace. Děti bývají umístěny do azylových domů pro děti v nouzi či do ozdravoven (Weiss et al., 2005).

„Ve většině případů se pak jako nejúčinnější prokazuje kombinace cílené sociální pomoci a paralelní psychoterapie pro rodiče i pro dítě samotné“ (Hanušová, 2006, s. 20).

4 Rodina jako rizikový faktor syndromu CAN

„Rodina může člověku pomoci, ale taky ho může úplně zlikvidovat. Nejhorší je, že si nikdo nemůže vybrat, kam se narodí.“ (Vágnerová, 2008, s. 589)

Před kapitolami zaměřenými na poruchy rodin a poruchy funkcí v rodině, jež souvisí s hlavním tématem práce, seznamuje tato stat' s termínem rodina. Na termín rodina nahlíží autoři z mnoha pohledů. Ať už se na rodinu dívá každý ze svého úhlu pohledu, jádro definice a klíčové myšlenky zůstávají stejné.

Pöthe (1996) mluví o rodině jako o prostředku, který sloužil k předávání základních duchovních a materiálních hodnot. Nyní vidí rodinu z pohledu sociálního jako rodinné společenství, které je definováno společným místem a sdílením veselých i tragických událostí.

Dunovský et al. (1999) nabízí pojetí užší a širší. V užším pojetí vnímá rodinu jako nejstarší základní společenskou skupinu nebo společenství, které pojí různé vztahy uvnitř i navenek. V širším pojetí chápe rodinu jako průsečík vztahů jejích členů s vlivy prostředí (blízkého i vzdálenějšího či přírodního a společenského). Ve výsledku rodina znamená malou primární společenskou skupinu, která se zakládá na vztahu ženy a muže, na pokrevním vztahu rodiče a dítěte (či vztahu jej nahrazujícím – osvojení) a na společné domácnosti.

Jako systém chápe rodinu Matějček (2005). Systém rodina stojí na jednoduchých principech: prvky systému nejsou jednotliví lidé, ale lidé ve vzájemných vztazích (síti vztahů), systém je více než součet jeho prvků. To znamená, že rodinu nepoznáváme pouze na základě poznání jednotlivců, ale také na základě poznání interakcí mezi nimi, jelikož chování každého člověka v rodině ovlivňuje všechny ostatní členy.

4.1 Význam rodiny pro dítě

Dítě se do života rodí, co se týče vrozených vzorců chování, celkem chudě vybavené. O to více má schopnost přizpůsobit se podmínkám, v nichž žije a učit se věcem, které vidí v rodině. Schopnost adaptace a učení se je u lidí v porovnání s jinými živočišnými druhy obrovská. Přirozeným zdrojem tohoto učení je právě rodina, tzn. to, čemu se dítě naučí, je určováno působením právě rodiny. Ta má za úkol uspokojit biologické i psychické potřeby

dítěte a poskytovat základní vzorce pro poznávání světa a sebe samého. Utváří se zde sebepojetí a sebehodnocení vlastního já u dítěte. Rodina je tedy důležitým činitelem při utváření osobnosti dítěte. Tento proces se nazývá socializací dítěte neboli přetvářením a vývojem člověka. Dítě se v rámci tohoto procesu učí zapojovat se při společenských činnostech a rozvíjet tak své schopnosti. Dalším důležitým bodem je vytváření důvěry k okolnímu světu. Tuto důvěru získávají děti z lásky a pocitu bezpečí, který je jim dáván milujícími rodiči. Dále v rodině dochází k vytváření rysů osobnosti, které jsou také ovlivněny sociálním prostředím, ve kterém dítě žije. Dochází-li tedy k odmítání, nerozvíjení, či dokonce k týrání a zneužívání dítěte, nepůsobí to na něj pouze aktuálně, ale naopak. Tyto momenty mají dlouhodobé důsledky pro celkový vývoj (Vaníčková et al., 1995).

Význam rodiny je dle Dunovského et al. (1999) doplněn o funkce rodiny, které jdou s předcházející kapitolou ruku v ruce. Napříč dějinami se funkce rodiny dost měnily, některé ustoupily do pozadí či úplně vymizely, jiné naopak vystoupily do popředí. V současnosti má rodina několik funkcí:

- a) **Biologicko-reprodukční funkce**, někdy označována jako funkce sexuální, má zajišťovat udržení života početím a porozením nového člověka. Tato funkce může být uplatňována také mimo rodinu. V rodině však nabývá svého významu: nejde jen o to, přivést na svět dítě, ale také mu zabezpečit vhodný vývoj a potřeby pro život.
- b) **Ekonomicko-zabezpečovací funkce** není vztahována pouze na dítě, nýbrž na celou rodinu. V současnosti je rodina brána jako spotřební jednotka, která je závislá na výrobní činnosti společnosti. Ovšem i dnes si rodina udržuje jakési prvky výroby, které nalézáme ve vnitřní činnosti každé rodiny – příprava stravy, úklid a jiné domácí činnosti, které jsou nutností. Stránka zabezpečovací se netýká pouze části materiální, ale zahrnuje také oblast sociální, duševní až duchovní. Za úkol má tedy poskytnout členům rodiny určité životní jistoty.
- c) **Emocionální funkce** se stává jednou z nejdůležitějších podmínek či příčin, ale také jedním z následků společenské existence. Tato funkce se váže

na plně rozvinutého zralého člověka, pro kterého není citový vztah pouze chvilkový, ale znamená trvalou jistotu a citové zázemí pro všechny členy rodiny. Je tedy potřebná jak pro dospělé, tak pro děti, ačkoliv v různé podobě.

- d) **Socializačně-výchovná funkce** je nejvýznamnější funkcí rodiny, která se opírá o celkovou atmosféru v rodině. Spočívá v opravdovém zájmu o dítě, o jeho výchovu, přijetí, porozumění mu a také jeho pochopení. Cílem této funkce je prosazování a ochrana dětských práv, která jsou obsažena ve výše zmiňované Úmluvě o právech dítěte.

4.2 Funkčnost rodiny

Z předchozího textu vyplývá, že rodinné prostředí je pro vývoj dítěte a jeho život velice důležité. Rodina funguje jako jakýsi malý svět ve světě okolním, který má dítěti poskytovat lásku, péči a ochranu. Bohužel se tak neděje ve všech rodinách. V mnoha případech tedy bývá narušena funkčnost rodiny.

Informace o funkčnosti rodiny jsou pro pomáhající profese velmi důležité, např. při vyšetřování dítěte pediatrem, pedopsychologem atp. Právě proto vytvořil prof. MUDr. Jiří Dunovský, DrSc. tzv. **Dotazník funkčnosti rodiny (dále jen „DFR“)**, jež zkoumá osm kritérií:

- složení rodiny,
- stabilitu rodiny,
- sociálně-ekonomickou situaci,
- osobnost rodičů,
- osobnost sourozenců,
- osobnost dítěte,
- zájem o dítě,
- péči o dítě.

Vyhodnocování dotazníku probíhá pro každé dítě zvlášť, vždy pro aktuální rodinu. Použití dotazníku lze opakovat, je tedy možné sledovat vývoj situace v rodině (Lovasová, 2005).

Na základě výsledků z DFR byly definovány čtyři typy rodin:

a) Funkční rodina

Funkčních rodin je v běžné populaci naštěstí nejvíce, činí až 85 %. Jedná se o rodinu, ve které je zajištěn kvalitní vývoj dítěte a jeho prospěch.

b) Problémová rodina

Problémových rodin se v populaci vyskytuje 12-13 %. Vyznačují se tím, že mají závažné poruchy některých či všech funkcí rodiny, které jsou zmíněny výše. Dochází tak k narušení vývoje dítěte. Ačkoliv se o tyto rodiny zvýšeně zajímá OSPOD, vlastními silami je rodina schopna problémy řešit či kompenzovat za pomoci zvenčí.

c) Dysfunkční rodina

Přibližně 2 % tvoří dysfunkční rodiny, ve kterých jsou funkce rodiny narušeny do takové míry, že rodina není schopna problémy zvládat sama. Vývoj i prospěch dítěte je velmi narušen a je potřeba výrazné pomoci zvenčí, v podobě tzv. sanace rodiny. Sanace rodiny je jednou z pomoci rodičům, jež se o své dítě nedokáží postarat. Snaží se o zachování rodiny jako celku. Cílem sanace rodiny je předcházet, minimalizovat či odvrátit příčiny, které vedou k ohrožení dítěte.

d) Afunkční rodina

V populaci se takovýchto rodin vyskytuje 0,5 %. Poruchy v rodině jsou tak obrovské, že rodiny neplní svůj základní úkol a dítěti škodí nebo jej ohrožují na životě. V tomto typu rodin se vyskytuje syndrom CAN. Sanace takovéto rodiny je nesmyslná. V těchto případech je nejlepším a jediným řešením dítě z rodiny odebrat.

4.3 Poruchy rodiny

Znalost rodiny dítěte a jejich vztahů k normě jsou důležitou částí pro posouzení stavu a vývoje dítěte a řešení případné problematiky. Dětský lékař a další pracovníci péče o dítě tak musí umět posoudit, v jakém rozsahu a kvalitě rodina uspokojuje potřeby dítěte. Definice poruch rodiny není dodnes jednoznačná, bývá často nepřesně označována termíny

jako jsou např.: rozvrácená rodina, neúplná rodina, asociální rodina atp. (Dunovský et al., 1999).

Jako pracovní definici můžeme brát následující: „*Poruchou rodiny rozumíme takovou situaci, kdy rodina v různé míře neplní základní požadavky a úkoly, dané společenskou normou a vyjádřené v očekávání na přiměřené začlenění jejích členů do společnosti*“ (Dunovský et al., 1999, s. 101).

Dále pracuje Dunovský et al. (1999) s definicí, ve které vyjadřuje poruchu rodiny jako situaci, kdy jeden či více členů selžou v plnění některých či všech funkcí rodiny.

Tabulka č. 7 – Rodinné poruchy ve vztahu k dítěti (Dunovský et al., 1999, s. 103)

Péče o dítě	Důvod poruchy	Charakter původu	Místo vzniku poruchy	Vyvolávající jev poruchy	Hlavní mechanismus poruchy	Zájem o dítě
dostatečná	Rodiče nemohou o dítě pečovat	objektivní	příroda	Přírodní katastrofy, devastace prostředí	Likvidace či neexistence základních životních podmínek	+
			společnost	Válka, hladomor, nezaměstnanost, epidemie	Demoralizace, hmotný nedostatek spojený s nedostatkem výchovných podnětů	
			rodina	Rozpad rodiny z nezaviněných příčin, velký počet dětí,		
			jedinec	Úmrtí, invalidita, nemoc		
nedostatečná	Rodiče nedovedou o dítě pečovat	Objektivní a subjektivní	Rodina, jedinec	Nezralost, neschopnost přijmout společenské normy, neschopnost vyrovnat se se zvláštními situacemi	Dostatečné nebo nedostatečné podmínky pro socializaci dítěte	±
				Poruchy struktury a stability rodiny		
žádná	Rodiče nechťejí o dítě pečovat	subjektivní	jedinec	Disharmonická osobnost, psychopatie, maladaptace	Problematické až zcela nedostatečné či žádné podmínky pro socializaci dětí	-

V tabulce č. 7 autor uvádí dělení rodinných poruch a příčin, při kterých je o dítě nedostatečně či vůbec postaráno. Příčiny dělí na objektivní (nezávislé na vůli rodičů), subjektivní (závislé na vůli rodičů) a smíšené (Dunovský et al., 1999).

Tento přehled poruch nám ukazuje, že každá porucha v rodině, ať je jakéhokoliv charakteru, by mohla vést ke vzniku syndromu CAN. Podíváme-li se na charakter objektivních důvodů, můžeme říci, že nastanou-li situace např. rozpad rodiny, smrt člena rodiny, případně ztráta zaměstnání nebo invalidita rodiče, mohlo by dojít k zanedbanosti dítěte. Autor zde však uvádí pouze kladný zájem o dítě, navíc důvody, které by mohly způsobit např. hmotný nedostatek pro dítě zde nejsou způsobeny samotnými rodiči, tudíž zde případná zanedbanost dítěte nebude ze strany rodičů úmyslná a péče o něj bude dostatečná. Avšak tyto objektivní důvody mohou také vést ke vzniku syndromu CAN. Horším případem je nedostatečná péče o dítě, která se objevuje z objektivních i subjektivních důvodů. Může se jednat např. o situaci, kdy jeden nebo oba rodiče nejsou dostatečně zralí k výchově dítěte a nejsou tedy schopni zajistit dostatečné podmínky pro socializaci a vývoj dítěte. Dítě tedy nemá prostor pro svůj vývoj a může se stát dítětem zanedbaným. Vážná situace nastává v případě, kdy se rodiče o dítě nezajímají, nechtějí o ně pečovat a péči mu nedávají žádnou. Dítě tedy nemá žádné podněty a podmínky pro socializaci, tudíž je zde jistota zanedbání. V tomto případě již můžeme polemizovat také o možném týrání dítěte, které může být způsobeno např. disharmonickou osobností rodiče či poruchou stability a struktury rodiny.

5 Škola aneb pomocník při odhalování syndromu CAN

Již největší pedagog Jan Ámos Komenský ve svém známém díle *Didactica Magna* vysvětluje, že by se škola měla pro každé dítě stát důležitou, jelikož právě výchova je podle něj potřebná ke kvalitnímu lidskému životu. Dále zdůrazňuje důležitost žáka, nad důležitostí učitele (Komenský, 1948).

Učitelé se den, co den pohybují v síti vztahů, které existují ve škole i mimo ni. Každý den tedy mohou být požádáni žáky, ale také jejich rodiči, o pomoc či radu. Jelikož většina učitelů má ráda své zaměstnání, a bere ho jako své poslání, se samozřejmě ráda poskytne svou pomoc a oporu. Poskytování pomoci se tak stává (ne)běžnou součástí učitelovy práce, i přesto, že učitelství není typická pomáhající profese (Lazarová, 2005).

5.1 Škola jako socializační prostředí

Pro každého žáka je význam školy a zkušenosti v ní získaných obrovský. Škola je prvním místem v jeho životě, kde je posuzován podle své práce a schopností (Vaníčková et al., 1995).

Doma jsou děti hodnoceny a oceňovány podle toho, kdo jsou navenek (mladší syn, nejstarší dcera atp.), kdežto ve škole jsou mladí lidé oceňováni za to, jak se chovají a jak prezentují své vědomosti a schopnosti např. při zkoušení. Pro všechny tedy platí stejná pravidla (Jedlička et al., 2004).

Poprvé se dítě také dostává do prostředí, kde prožívá konkurenci mezi svými vrstevníky. Důraz na výsledky a průběžnou práci tak odlišuje mateřské školky, kde ještě děti nebyly za svou práci tolika hodnoceni, a školu, v níž se setkávají s první možností získat pozitivní hodnocení za vlastní odvedenou práci a své úsilí. Škola tedy umožňuje získat nové zkušenosti a předává normy, které jsou více obecné než ty, které mají děti ze svých rodin. Jak už je výše v práci zmíněno, rodina utváří osobnost dítěte, na což navazuje právě škola, která tuto osobnost začleňuje do společnosti. Nejen, že se zde žáci učí fungovat mezi svými vrstevníky a vybudovat si své postavení mezi nimi, ale také se ve škole formuje úcta a poslušnost k autoritám. Je nutno říci, že si dítě nese ze své rodiny určité chování a zkušenosti, které mu byly předány. Jde tedy do školy s určitou představou, podle níž se chová a očekává chování od druhých. Najde-li se např. dítě, které je doma

přesvědčováno o své neschopnosti, můžeme jen stěží počítat s tím, že právě tento žák dosáhne ve škole takového výkonu, aby dostal pozitivní hodnocení od učitele. Dalším příkladem může být dítě, které je v rodině týráno a nedostává se mu lásky. Je více než pravděpodobné, že tento žák nebude schopen zaregistrovat a pochopit kladný vztah např. od svých vrstevníků ke své osobě, a naopak se bude tomuto chování bránit. To povede k negativním reakcím od spolužáků a žák se akorát utvrdí v představách o sobě samém a jeho problém se tak prohloubí. Bylo by tedy potřebné, aby se škola stala prostředím, ve kterém dojde k prolomení těchto problémů, k čemuž je samozřejmě potřeba pochopení a snaha nejen pedagogů, ale také žáků. Bohužel se tato představa v běžné škole dá nelehko realizovat (Vaníčková et al., 1995).

5.2 Školská poradenská zařízení

Vedle pedagogů, kteří by měli býti připraveni žákům poskytnout pomoc, se ve školách nacházejí také odborníci, kteří jsou schopni žákům pomoci nejen v případě syndromu CAN. Preventivní práci, poradenskou intervenci a poskytování opory a pomoci mají ve školách za úkol výchovní poradci, metodikové prevence, speciální pedagogové, školní psychologové a v neposlední řadě také třídní učitelé. Důležitou roli v řešení krizových situací hraje vedení školy, které zodpovídá a dohlíží na práci celého svého týmu (Lazarová, 2008).

Mezi hlavní úkoly těchto pracovníků řadíme:

- a) **Metodickou a koordinační činnost** – koordinace tvorby minimálního preventivního programu, koordinace aktivit školy zaměřených na prevenci sociálně nežádoucích jevů, metodické vedení a vzdělávání učitelů atd.
- b) **Informační činnost** – zajišťování a předávání odborných informací v oblasti sociálně nežádoucích jevů, prezentace výsledků preventivní práce školy atp.
- c) **Poradenské činnosti** – vyhledávání a orientační šetření žáků s rizikem či projevy sociálně nežádoucího chování, spolupráce s třídními učiteli při zachycování varovných signálů spojených s možným rozvojem sociálně nežádoucích jevů, příprava podmínek pro integraci žáků s poruchami chování a poskytnutí poradenských a preventivních služeb těmto žákům (Marádová, 2007).

Mezi školní poradenská pracoviště, která nacházíme i mimo školy, řadíme pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra. Ta poskytují na žádost žáků, rodičů či škol bezplatné standardní poradenské služby. Podmínkou je pouze souhlasný podpis žáka či zákonného zástupce u dětí nezletilých. Všechna školní poradenská pracoviště spolupracují s orgány sociálně-právní ochrany dětí, s orgány péče o mládež a rodinu, se zdravotnickými zařízeními a dalšími organizacemi.

Lazarová (2008) udává, že žáci pomoc dospělých ve škole neodmítají. Důležitost směřuje na třídního učitele, který je s žáky téměř každý den a je jim nejbližší. Ten tak má možnost je déle sledovat a má tedy tzv. diagnostický náskok před ostatními pedagogickými pracovníky. Navíc bývá často poblíž, děje-li se něco závažného. Odborníci – školní a poradenští psychologové, ke kterým se žáci dostávají, se pak těchto problémů ujímají. Bývá časté, že tito pracovníci působí na více školách zároveň, a tedy nejsou přítomni u jádra problému a v častějším kontaktu s žáky. Může tedy docházet k tomu, že větší důvěru chovají žáci ke svým třídním učitelům. Na všech těchto pracovnících leží povinnost, aby nezklamali jejich důvěru, a to ani dobře míněnou intervencí.

5.3 Minimální preventivní programy

Prevence (nejen) syndromu CAN je velice důležitá. Vaníčková et al. (1995) dělí prevenci následovně:

- a) **Prevence primární** má za cíl snížení pravděpodobnosti výskytu a vzniku poškození. Zaměřuje se na:
- **Vzdělávání rodičů, pedagogů a vychovatelů dítěte – důraz** na osvětu o právech dětí, o přiměřených požadavcích na dítě, výživě, dále na rodičovskou odpovědnost a profesionální odpovědnost učitelů.
 - **Výchovu dětí a mládeže – působení** ve školách, především o sexuální výchově či výchově k rodičovství.
 - **Pregraduální výchovu lékařů a pedagogů** – příprava na tyto profese, výuka o ochraně a podpoře zdraví a vývoje dětí.
 - **Širokou osvětu veřejnosti a obecná opatření ve prospěch rodin s dětmi** – vytváření příznivé společenské atmosféry pro děti.

b) Prevence sekundární je ve spojitosti se syndromem CAN zaměřena na vytipování rizikových skupin obyvatelstva a rizikových životních situací, při kterých dochází k týrání, zanedbávání či zneužívání dětí. Dále je zaměřena na cílené, programové působení na tyto skupiny osob a na tyto situace, s cílem snížení rizika CAN na minimum (Matějček, 2005).

Adekvátně již zmiňovaným rizikovým faktorům se Hanušová (2006) zaměřuje na tyto skupiny:

- **Rizikové rodiny**, kde jeden nebo oba rodiče, nejsou schopni převzít roli rodiče. Jsou to často: lidé s anomálním vývojem osobnosti, lidé se zvláštním životním stylem (např. členové sekt), lidé žijící v chronickém stresu, lidé příliš zatížení zaměstnáním, lidé s některými formami psychického onemocnění, lidé s deprivací či subdeprivací historií.
- **Rizikové děti**, které jsou svému okolí „nesrozumitelné“, dále děti, které svým chováním unavují či dráždí. Bývají to děti: s lehkými mozkovými dysfunkcemi, z jiných příčin nadměrně dráždivé, zlostné, plačtivé, s různým stupněm mentální retardace, s lehce sníženými intelektovými schopnostmi, neaktivní, utlumené.
- **Školy** jako zdroj nepřiměřené zátěže. Nejčastější příčiny: učební zátěž, osobnost učitele (nedostatečná snaha porozumět žákům), sociální role žáka, škola jako instituce (nedostatek podpory žákům od učitelů), vztah školy a rodiny (nezájem rodičů o školní práci).

Škola je místem, kde je nutné prevenci pro žáky jednoznačně šířit. Jedním z dokumentů, ve kterém lze najít formy prevence na jednotlivých školách je **Minimální preventivní program (dále jen „MPP“)**.

„Minimální preventivní program (MPP) je modelový rámec pro školní preventivní program“ (Čablová, 2012).

MPP si tvoří každá škola sama. Na tvorbě se podílejí všichni pedagogičtí pracovníci dané školy. Při tvorbě je vhodná také přítomnost školního metodika prevence či příslušné pedagogicko-psychologické poradny. MPP by měl obsahovat dlouhodobé i krátkodobé cíle prevence na dané škole. Za cíl si škola stanovuje oddálení či snižování výskytu rizikového

chování a zvyšování schopnosti žáků dělat rozumná rozhodnutí o sobě samých (Čablová, 2012).

Nápomocným může být školám Manuál pro tvorbu minimálního preventivního programu⁶, který nabízí osnovu pro tvorbu tohoto dokumentu. Manuál obsahuje kroky, které vedou k úspěšnému sepsání MPP:

- 1) charakteristika školy,
- 2) analýza výchozí situace s využitím evaluace z předchozího školního roku,
- 3) stanovení cíle MPP,
- 4) vytvoření souboru aktivit pro jednotlivé cílové skupiny,
- 5) provedení evaluace (Pražské centrum primární prevence, 2010).

5.4 Dokumenty související se syndromem CAN a školstvím

Následující podkapitoly dávají stručný přehled dokumentů, které vydává Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Tyto texty se zabývají předcházením či řešením problematiky syndromu CAN v České republice. Alespoň s těmito dokumenty, by měli být obeznámeni všichni pedagogové.

5.4.1 Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období (2013-2018)

Období školního věku je pro formování osobnosti žáků velice důležité, proto je také primární prevence nežádoucích vlivů a rizikových projevů chování směřována právě na tuto kategorii. Veškeré složky, které se podílejí na řízení v oblasti školství mají zájem a věnují svou pozornost prevenci u školní populace. Mezi tyto složky samozřejmě řadíme Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, které má stěžejní roli při uplatňování školní primární prevence v České republice. MŠMT má v oblasti prevence za úkol stanovit základní strategie v daných oblastech, dále stanovují priority na budoucí období a v neposlední řadě podporují vytváření materiálních, personálních a finančních podmínek pro realizaci prevence v sektoru školství. Z těchto důvodů tedy MŠMT vydává Národní

⁶ www.msmt.cz/file/16437/download/

strategii primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013-2018⁷ (dále jen „Strategie“), která je výsledkem závěrů pravidelných setkání krajských školních koordinátorů prevence a metodiků prevence. Strategie je v souladu s dalšími dokumenty jako jsou např. Strategie prevence kriminality na období 2012-2015 a Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018. Hlavním cíle Strategie je minimalizování vzniku a snižování míry rizikového chování u dětí a mládeže. Dále také výchova k předcházení či oddálení rizikových projevů chování, vedení ke zdravému stylu života a zvládání zátěžových životních situací. Cílové skupiny, na které se Strategie zaměřuje jsou: obecná populace dětí a mládeže, specifické skupiny dětí a mládeže s vyšším rizikem problémů chování, rodiče (rodiny s rizikovými faktory), veřejnost laická i odborná, pracovníci v primární prevenci rizikového chování (ve školách hlavně ředitelé škol, školní metodici, výchovní poradci, školní psychologové či učitelé výchovy k občanství a ke zdraví) (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2013).

5.4.2 Metodické pokyny MŠMT k řešení syndromu CAN

Poslední dokument, kterým se budeme zabývat, je vydán MŠMT a nese název Metodické pokyny MŠMT k řešení syndromu CAN⁸. Jedná se o rámcový koncept rizikového chování ve školním prostředí, jehož konkrétním tématem je syndrom CAN. Tento projekt obsahuje metodická doporučení pro pedagogy, kteří se mohou každý den na svém pracovišti setkat s problematikou syndromu CAN. Na začátku dokumentu nacházíme stručné informace o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Dále získáváme přehled možných známek syndromu u dítěte. Nejdůležitější část tohoto dokumentu se týká toho, koho je potřeba oslovit při podezření na syndrom CAN a jaké povinnosti (nejen) pedagog při podezření či odhalení má. V závěru můžeme najít několik kontaktů a odkazů na poradenská centra či nápomocné linky. Tento dokument můžeme brát jako návod pro pedagogy při řešení této problematiky. Také jako minimální přehled znalostí, které by měl každý pedagog ovládat (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2012).

⁷ <http://www.msmt.cz/file/28077>

⁸ <http://www.msmt.cz/file/20280?highlightWords=syndrom+CAN>

5.5 Doporučení pro učitele

Nejen lékaři, ale také učitelé jsou odborníci, kteří by měli být schopni poskytnout profesionální pomoc. Právě učitel by měl být osobou, která je schopna rozpoznat týraného žáka ve své třídě. Měl by umět poznat změny v chování žáků, a hlavně změny na jejich vzhledu, jelikož právě pedagog s nimi tráví dost času a má šanci je pozorovat dlouhodobě. Ve většině případů nemůžeme očekávat, že žák přijde za učitelem a vyzpovídá se mu ze všech svých trápení. Je tedy potřeba umět číst i neverbální komunikaci žáka, kterou může volat o pomoc (Vaníčková et al., 1995).

Učitelé by v dnešní době inkluze na školách měli vnímat, že žáci s jakýmkoliv druhem postižení jsou řazeni mezi rizikové. Může se jednat např. o žáky s poruchou autistického spektra, kteří se svým okolím nekomunikují či komunikují svým způsobem. Těmto žákům může být těžké porozumět nejen z pohledu učitelů, ale i rodičů. Další skupinou jsou žáci, kteří mají narušenou komunikační schopnost nebo ti se specifickými poruchami učení. Tyto děti nemusí být schopny plnit přání a rozkazy svých rodičů ihned a s přesností, což může vést k vyčerpání rodičů a jejich následné agresi. V neposlední řadě se tento problém týká dětí s mentálním postižením, na které může být vyvíjen nátlak na výkon, který nejsou schopni zvládnout. Rodiče pak mohou své zklamání promítat do agrese vůči dítěti. Nejhorší případy nastávají u žáků, kteří spadají svou inteligencí do podprůměrné části populace a navštěvují běžné školy. Rodiče pak mají tendence své dítě srovnávat, což rozhodně není dobré. I toto může vést ke vzniku problému mezi dítětem a rodičem.

Jak již bylo v práci zmíněno, Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákon v paragrafech 364 až 368 stanovuje povinnost, kterou má každá osoba v případě nepřekážení či neoznámení trestného činu, mezi které spadají také násilné činy na dětech a týrání dětí. V případě Zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí stačí mít pouze podezření na trestný čin, aby školy či jiná školská zařízení mohla nahlásit případy ohrožení zdraví či života žáků. Tento zákon tak chrání učitele při jeho postupech na ochranu práv dítěte. Učitelé by se tedy neměli obávat, že učiní kroky, které by byly mimo jejich kompetenci, jelikož pokusit se pomoci týranému žákovi není pouze jejich povinnost, ale také důkaz jejich profesionality (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2012).

Může se stát, že učitel nabyde pochybností o svém konání a limitují ho morální zábrany, což vede k nevědomému potlačování příznaků týrání, které u žáka rozpoznává. Zpravidla pak dochází k přenesení zodpovědnosti na někoho jiného, např. pediatra, pedagogicko-psychologickou poradnu aj. Učitel by však nikdy neměl fakt týrání přecházet (Vaníčková et al., 1995).

Důležité je, aby o každém podezření výskytu syndromu CAN na škole bylo informováno vedení školy. Každý případ je individuální, a proto neexistuje přesný postup, který by musel býti dodržován. Při jakémkoliv podezření je však běžné navázat s žákem osobní kontakt a v soukromí se na daný problém opatrně zeptat. Podstatné je snažit se v něm vzbudit důvěru. Nedaří-li se učiteli navázat kontakt, může být na pořadí pedagogicko-psychologická poradna. Učitel případně může doporučit např. Linku bezpečí, či aby se žák obrátil na kohokoliv, komu důvěřuje. Ačkoliv může být právě rodič osobou, která je pravděpodobně původcem týrání, neměla by ho škola z celého procesu vynechávat. Pokud by učitel od rodičů nic nezjistil a žák se stále choval nezvykle, máme o důvod více zapojit odborníka – kontaktovat OSPOD, a to podle spádovosti školy. Cílem všech zapojených by mělo být předcházení vzniku traumatu u žáka, zabránění pokračování a zabránění rozvoji zdravotních, sociálních a psychologických následků (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2012).

Shrnutí

Teoretická část bakalářské práce shrnuje problematiku týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí, která se stává více a více závažnější. Opírá se o aktuální publikace a platnou legislativu.

Uvedeny jsou bližší informace o syndromu CAN, jak se během let chápání tohoto problému proměňovalo, jaké jsou příčiny týrání, zneužívání či zanedbávání dětí a v neposlední řadě to, jak společnost reaguje a řeší narůstající výskyt syndromu CAN. Nárůst tohoto problému je doložen porovnáváním statistik z let 2006 a 2016, které poskytují webové stránky Dětského krizového centra⁹ a Ministerstva práce a sociálních věcí¹⁰. Tyto statistiky dokazují aktuálnost dané problematiky. Dále jsou zmiňovány nejen instituce, které v České republice pomáhají dětem, kterých se syndrom CAN týká, (např. OSPOD, Bílý kruh bezpečí, Linka bezpečí, Dětské krizové centrum atd.), ale také základní legislativa, která u nás řeší syndrom CAN.

Také je rozpracována diagnostika a doporučené postupy prevence s důrazem na resort školství. Právě prevence je v dnešní společnosti maximálně důležitá, jelikož široká populace není o této problematice dost informována. Z předchozího textu vyplývá, že část společnosti, která by určitě informována být měla, jsou pedagogové. Ti by měli být schopni rozpoznat, že s žákem není něco v pořádku, jelikož (vedle rodičů) jsou s nimi nejčastěji. Dále by měli umět podat pomocnou ruku či býti žákovi oporou.

⁹ www.ditekrize.cz

¹⁰ www.mpsv.cz

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Cíle

Cílem praktické části je zjistit, jaká je informovanost pedagogů základních škol o problematice syndromu CAN. V rámci tohoto cíle budeme zjišťovat, zda se pedagogové setkali osobně s týraným, zneužívaným či zanedbávaným žákem. Dále, jestli pedagogové vědí, jak se zachovat v různých situacích, které se syndromem CAN souvisí a mohou ve škole nastat. Práce je zaměřena také na to, jak probíhá na školách prevence a zda mají pedagogové možnost i zájem se v této oblasti vzdělávat.

7 Metodologie

Pro praktickou část práce byl zvolena kombinace kvalitativního a převážujícího kvantitativního výzkumného šetření. Sebraná data byla pořízena metodou dotazníkového šetření. Vytvořený dotazník v tištěné podobě obsahoval 17 otázek. Většina otázek byla s výběrovou odpovědí (s možnostmi a-d), vyskytovaly se také otázky otevřené či otázky s výběrovou odpovědí doplněné o vlastní text. Odpovídající označovali vždy jednu možnost. První tři otázky byly zjišťovací, týkaly se údajů o respondentech. Další část otázek byla zaměřena na vědomosti pedagogů v dané oblasti či na jejich vlastní zkušenosti. Poslední dvě otázky, které vyplňovali pouze ředitelé škol, se týkaly prevence a školení v oblasti syndromu CAN na jejich školách. Dotazníky byly osobně rozdány na základních školách v tištěné podobě a zpět byly navraceny poštou či osobním vybráním. Výjimku tvořily pouze tři mimopražské školy, na které byl dotazník zaslán v elektronické podobě ředitelům škol. Z celkového počtu rozdaných dotazníků (170 kusů) bylo navraceno 133 kusů. Návratnost je tedy 78,24 %.

8 Výzkumné otázky

1. Mají učitelé základních škol znalosti o syndromu CAN?
2. Získávají učitelé základních škol informace o problematice syndromu CAN?
3. Mají učitelé základních škol osobní zkušenosti s týranými, zneužívanými či zanedbávanými dětmi?
4. Probíhá na základních školách prevence pro děti, která se týká syndromu CAN?

5. Mají učitelé základních škol zájem vzdělávat se v oblasti problematiky syndromu CAN?

9 Respondenti

Výzkumné šetření bylo zaměřené na pedagogy základních škol. Dotazníky obdrželi učitelé, kteří pracují na prvním či druhém stupni základních škol. Většina pedagogů vykonává své zaměstnání na pražských školách, výjimku tvoří pedagogové z tří mimopražských škol. Respondenti byli různého věku, pohlaví, různé délky praxe a měli různé zkušenosti s třídnictvím. Dalo se tedy předpokládat, že se jejich znalosti v dané problematice mohou lišit např. díky délce praxe. Celkem odpovídalo 133 pedagogů a pedagožek. Z tohoto počtu bylo 23 ředitelů či ředitelek, kterých se týkaly poslední dvě otázky.

10 Výsledky výzkumného šetření

a) Identifikační údaje

Začátkem dotazníku byly položeny tři úvodní otázky, které zjišťují bližší informace o respondentech (tabulky č. 8, 9 a 10).

Tabulka č. 8 – Poměr odpovídajících žen a mužů

Pohlaví			
Žena		muž	
116 osob	87,22 %	17 osob	12,78 %

Tabulka č. 8 dokazuje výraznou převahu žen v pozici pedagogů na základních školách. Tento nepoměr sledují dlouholeté statistiky Českého statistického úřadu¹¹, které v letech 1993–2016 uvádějí průměr 84,1 % žen a 15,9 % mužů.

¹¹ <https://www.czso.cz>

Tabulka č. 9 – Délka učiteléské praxe odpovídajících

Délka praxe							
0-5 let		6-10 let		11-20 let		21 let a více	
34 osob	25,56 %	19 osob	14,29 %	33 osob	24,81 %	47 osob	35,34 %

Tabulka č. 10 – Zkušenost dotazovaných pedagogů s třídnictvím

Třídnictví					
Ano		Nyní ne, ale zkušenost mám		Ne	
86 osob	64,66 %	29 osob	21,80 %	18 osob	13,53 %

b) Otázky zaměřené na znalosti respondentů

Správné odpovědi, které jsou vyznačené v tabulkách č. 13, 14, 15, 17 a 18 odpovídají informacím z podpůrného materiálu, který vydalo MŠMT¹² k problematice syndromu CAN.

Tabulka č. 11 – Otázka č. 1

1. Víte, že problematika týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, se označuje jako syndrom CAN? Jestliže ano, napište, co znamenají jednotlivá písmena ve zkratce CAN?			
Ne		Ano	
90 osob	67,67 %	43 osob	32,33 %

Tabulka č. 11 ukazuje odpovědi na otázku č. 1, která byla pokládána jako zaškrťovací s dodatkem, do kterého mohli respondenti vepsat svou odpověď. Ačkoliv je výrazná převaha záporných odpovědí, téměř 40 respondentů ze zmíněných 90 uvedlo možnost: „Zkratku znám, ale nevím jednotlivá anglická slova.“ Můžeme se tedy domnívat, že pedagogové se se zkratkou CAN setkali, ovšem neznají doslovný překlad.

¹² <http://www.msmt.cz>

Tabulka č. 12 – Otázka č. 2

2. Jmenujte organizaci, na kterou se může dítě obrátit, pokud se cítí ohrožen týráním, zneužíváním či zanedbáváním:	
Linka bezpečí	65x
OSPOD	40x
Policie ČR	28x
Linka důvěry	28x
Škola	26x
Fond ohrožených dětí	15x
Dětské krizové centrum	11x
Bílý kruh bezpečí	6x
Nevím	5x
Šance dětem	3x
Záchranný kruh	2x
Archa pro rodiny s dětmi	1x
Modrá linka	1x
Speciální pedagogická centra	1x
Pedagogicko-psychologické poradny	1x
Národní informační centrum pro mládež	1x

Tabulka č. 12 zobrazuje organizace, které vyjmenovali respondenti. Jednotlivá čísla u zmíněných organizací značí počet odpovědí, které se objevovaly v zodpovězených dotaznících. Respondenti měli možnost napsat libovolný počet organizací, které znají. Nejčastější odpovědí byla Linka bezpečí, za níž následoval OSPOD, který napsalo 40 respondentů. Jelikož se jedná o známý státní orgán, je překvapující, že byl jmenován pouze v 30,08 % všech odpovídajících.

Tabulka č. 13 – Otázka č. 3

3. Kolik procent dětí v ČR trpí syndromem CAN?							
1-2 %		6-8 %		10 %		12 % a více	
41 osob	30,83 %	62 osob	46,62 %	22 osob	16,54 %	8 osob	6,02 %

Tabulka č. 13 je důkazem, že celkové povědomí odpovídajících o výskytu syndromu CAN v ČR je nízké, pouze 30,83 % z odpovídajících zvolilo správnou odpověď. Jedná se o zjišťovací otázku s nejmenší úspěšností v odpovědích. Největší část odpovídajících volila variantu 6-8 % dětí, která bývá uveřejňována pro procento dětí zastihnuté syndromem CAN ve světě.

Tabulka č. 14 – Otázka č. 4

4. Který zákon nařizuje povinnost nahlásit podezření na trestný čin páchaný na dítěti?							
Zákon č. 561/2004 Sb., Školský zákon		Zákon č. 262/2006 Sb., Zákoník práce		Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník		Zákon č. 359/1999 Sb., O sociálně právní ochraně dětí	
5 osob	3,76 %	2 osoby	1,50 %	36 osob	27,07 %	90 osob	67,67 %

Tabulka č. 14 týkající se legislativy, udává, že 67,67 % odpovídajících uvedlo správnou odpověď. Zákon č. 359/1999 Sb. se od druhé nejčastější odpovědi – Trestní zákoník, odlišuje tím, že v případě zákona 359 stačí mít pouze podezření na trestný čin.

Tabulka č. 15 – Otázka č. 5

5. Kdo je nejčastějším oznamovatelem případů týrání/zneužívání/zanedbávání příslušným úřadům?							
Samo dítě		Širší okruh rodiny		Školy a zdravotnická zařízení		Rodiče	
6 osob	4,51 %	5 osob	3,76 %	122 osob	91,73 %	0 osob	0 %

V tabulce č. 15 jsou uvedeny výsledky otázky č. 5, která se stala nejúspěšnější, co do správnosti odpovědi.

Tabulka č. 16 – Otázka č. 6

6. Co znamená Münchhausenův syndrom v zastoupení?							
Vyvolávání příznaků onemocnění, vymýšlení si a zveličování příznaků onemocnění u dítěte rodičem.		Přebírání si viny na sebe za týrání dítěte druhou osobou (často partnerem).		Ubližování dítěti přes jinou osobu (např. pomlouvání rodičů babičkou).		Nevím, tento pojem neznám.	
59 osob	44,36 %	10 osob	7,52 %	3 osoby	2,26 %	61 osob	45,86 %

Tabulka č. 16 zachycuje odpovědi na otázku, která vyžaduje podrobnější znalosti syndromu CAN. Proto se zde pedagogové dělí se svými odpověďmi zhruba na polovinu, přičemž jedna polovina pojem nezná vůbec a druhá odpovídala správně.

Tabulka č. 17 – Otázka č. 7

7. Kdybyste měl/a podezření na zneužívání/týrání/zanedbávání dítěte, jaký by měl být Váš první krok?							
Promluvím si s rodiči.		Promluvím si s dítětem o samotě.		Informuji ředitelku/ředitele školy.		Kontaktuji Policii ČR a OSPOD (Orgán sociálně právní ochrany dětí).	
4 osoby	3,01 %	70 osob	52,63 %	43 osob	32,33 %	16 osob	12,03 %

Tabulka č. 17 ukazuje, že znalost souboru o syndromu CAN vydaného MŠMT, který píše o povinnosti sdělit veškerá podezření řediteli školy, je mezi pedagogy nízká – pouze 32,33 %.

Tabulka č. 18 – Otázka č. 8

8. Kdyby se žák/yně svěřil/a učiteli, že ho jeden z rodičů sexuálně zneužívá, jak je doporučeno zareagovat?							
Oznámím ředitelce/řediteli školy → kontaktujeme Policii ČR a OSPOD.		Zjistím od dítěte více informací → oznámím ředitelce/řediteli školy → kontaktujeme Policii ČR a OSPOD		Setkáme se společně se školním výchovným poradcem → oznámím ředitelce/řediteli školy → kontaktujeme rodiče.		Zjistím od dítěte více informací → sejdem se s rodiči a ředitelkou/ředitelem školy.	
59 osob	44,36 %	50 osob	37,59 %	18 osob	13,53 %	6 osob	4,51 %

Tabulka č. 18 ukazuje, že správnou odpověď, která obsahuje postup doporučený v souboru o syndromu CAN od MŠMT zvolilo 44,36 % respondentů. Druhá nejčastější odpověď není dle MŠMT vhodná, jelikož svěřit se učiteli se zkušeností se sexuálním

zneužíváním není pro žáka lehká věc. Žák se může stydět, mít strach z reakce učitele atp. Nedoporučuje se z něj dostávat více informací dalšími otázkami, podrobnější vyšetřování je vhodné nechat na psychologovi a policii.

c) Otázky zaměřené na vlastní zkušenosti respondentů

Tabulka č. 19 – Otázka č. 9

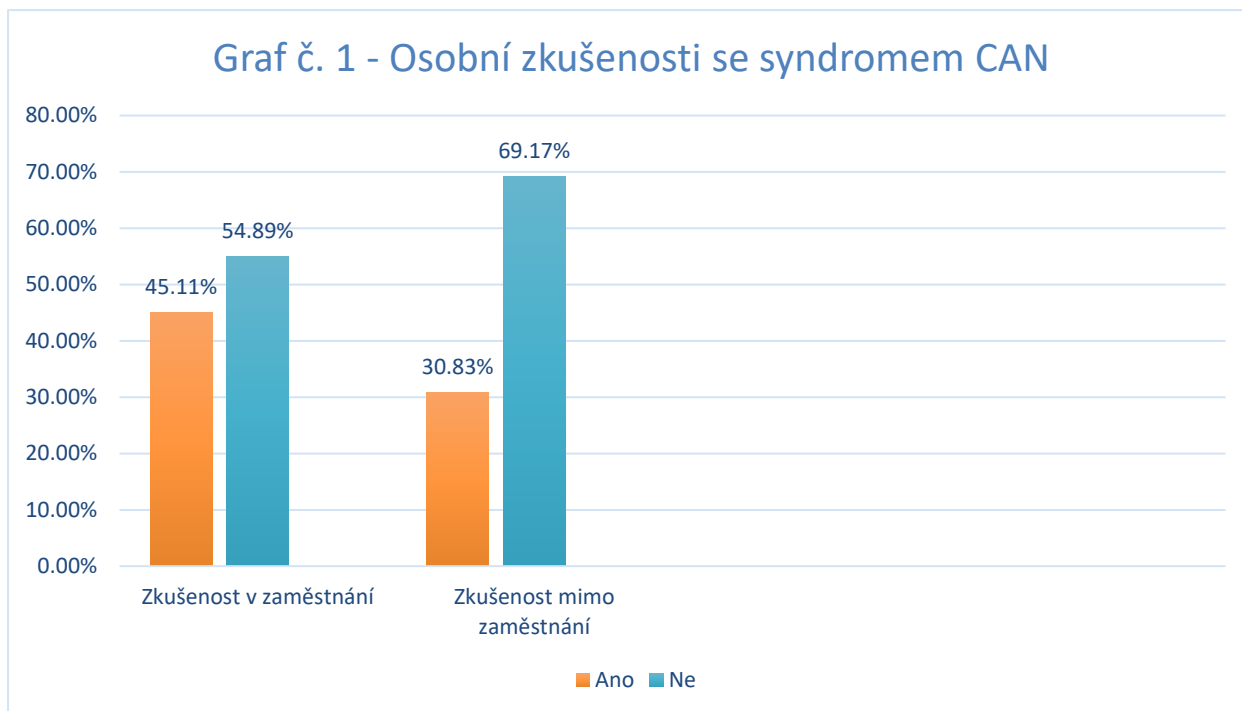
9. Máte osobní zkušenost s týranými, zneužívanými či zanedbávanými dětmi na Vaší škole?			
Ano		Ne	
60 osob	45,11 %	73 osob	54,89 %

Tabulka č. 19 představuje poměr mezi odpovídajícími, kteří mají na svém pracovišti zkušenost se syndromem CAN (45,11 %) a mezi větší částí odpovídajících (54,89 %), kteří se s ním nesetkali.

Tabulka č. 20 – Otázka č. 10

10. Máte osobní zkušenost s týranými, zneužívanými či zanedbávanými dětmi mimo Vaše pracoviště?			
Ano		Ne	
41 osob	30,83 %	92 osob	69,17 %

Tabulka č. 20 uvádí, že většina pedagogů (69,17 %) se nesetkala se syndromem CAN ani mimo své zaměstnání. Oproti tomu 30,83 % pedagogů zodpovědělo, že zkušenost mimo své pracoviště mají.



Graf č. 1 porovnává zkušenosti se syndromem CAN ve vlastním zaměstnání a mimo něj.



Graf č. 2 zobrazuje procentuální zastoupení (6,77 %) respondentů, kteří mají vlastní zkušenost se syndromem CAN ve svém zaměstnání a zároveň mimo něj. Většina respondentů (93,23 %) se setkala se syndromem CAN pouze v jedné z možností.

Tabulka č. 21 – Otázka č. 11

11. Získávali jste během svého studia informace o problematice syndromu CAN?			
Ano		Ne	
55 osob	41,35 %	78 osob	58,65 %

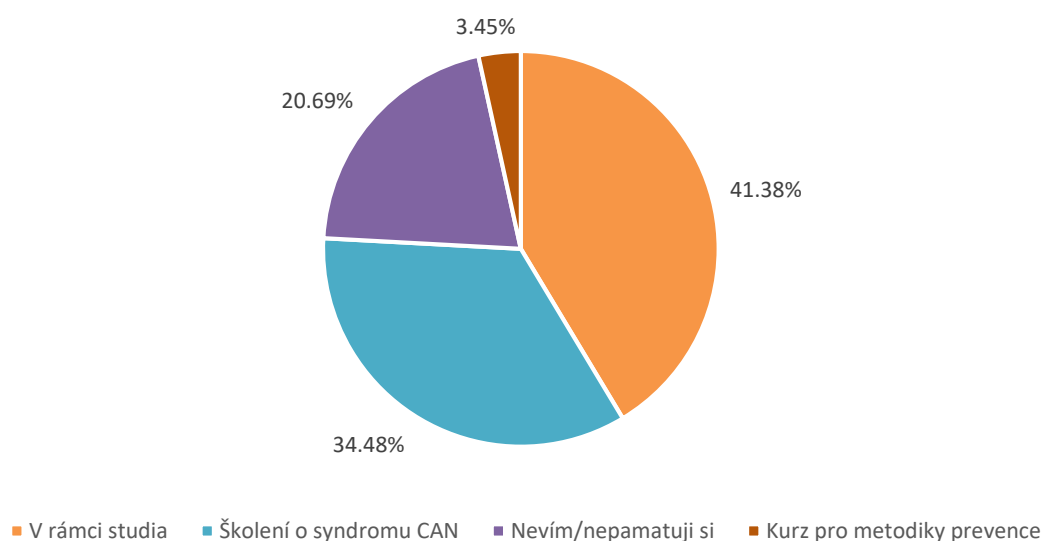
Tabulka č. 21 vyobrazuje, že pouze 41,35 % odpovídajících učitelů, se během studia setkala s výukou problematiky syndromu CAN. Od tohoto faktu se tak dále odvíjí znalosti pedagogů, které si nesou po studiu do své praxe.

Tabulka č. 22 – Otázka č. 12

12. Absolvovali jste školení či jinou akci spojenou s problematikou syndromu CAN? Jakou?			
Ano		Ne	
29 osob	21,80 %	104 osob	78,20 %
V rámci studia	12 osob (41,38 %)		
Školení o CAN	10 osob (34,48 %)		
Nevím/nepamatuji si	6 osob (20,69 %)		
Kurz pro metodiky prevence	1 osoba (3,45%)		

Tabulka č. 22 navazuje na otázku z tabulky č. 21, jelikož právě 12 respondentů uvedlo školení v rámci studia. Dozvídáme se, že většinou (78,20 %) ani po studiu pedagogové nezískávají informace o dané problematice. Z 29 odpovídajících, kteří uvedli odpověď ano, se v rámci svého zaměstnání zúčastnilo školení o syndromu CAN 10 dotazujících.

Graf č. 3 - Školení spojená s problematikou CAN



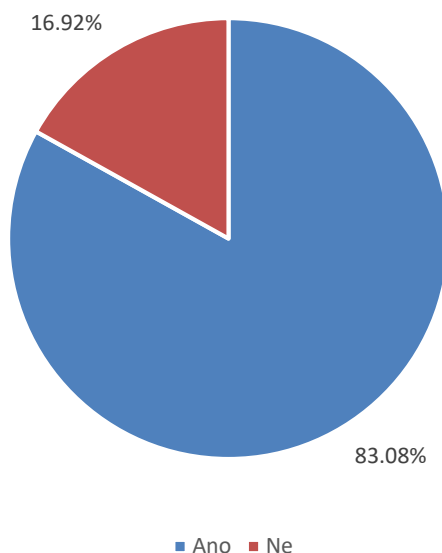
Graf č. 3 – Vedle pedagogů, kteří absolvovali školení či přednášku o syndromu CAN v rámci studia (41,38 %) uvedlo pouze 34,8 % dotazovaných, že se takovéto akce zúčastnili. Dále byl jedním odpovídajícím zmíněn kurz pro metodiky prevence a ostatní si na žádnou akci nevzpomínají (20,69 %).

Tabulka č. 23 – Otázka č. 13

13. Měli byste zájem dozvědět se více o problematice syndromu CAN?			
Ano		Ne	
107 osob	80,45 %	26 osob	19,55 %

Tabulka č. 23 uvádí, že naprostá většina tázaných učitelů má zájem dozvědět se o dané problematice více.

Graf č. 4 - Zájem o syndrom CAN



Graf č. 4 zachycuje zájem dozvědět se více o dané problematice u učitelů, kteří v otázce č. 11 (*Získávali jste během svého studia informace o problematice syndromu CAN?*) a zároveň v otázce č. 12 (*Absolvovali jste školení či jinou akci spojenou s problematikou syndromu CAN? Jakou?*) uvedli zápornou odpověď.

Tabulka č. 24 – Otázka č. 14

14. Oznámkujte (jako ve škole) úroveň svých znalostí v této oblasti:				
Známka 1	Známka 2	Známka 3	Známka 4	Známka 5
1 osoba	12 osob	77 osob	31 osob	12 osob
0,75 %	9,02 %	57,89 %	23,31 %	9,02 %

Tabulka č. 24 obsahuje výsledky z hodnotící škály v otázce č. 14. Odpovídající měli k dispozici škálu od 1 do 5 (odpovídající školnímu známkování), na níž měli vyznačit míru svých znalostí.

Tabulka č. 25 – Otázka č. 15

15. Zmiňujete před žáky ve třídě tuto problematiku?			
Ano		Ne	
73 osob	54,89 %	60 osob	45,11 %

Tabulka č. 25 ukazuje, kolik z dotazovaných pedagogů hovoří (54,89 %) či nehovoří (45,11 %) s žáky o problematice týraných, zanedbávaných a zneužívaných dětí.

d) Otázky směřované na ředitele/ředitelky škol

Následující dvě otázky (tabulka č. 26 a 27) vyplňovali pouze ředitelé a ředitelky základních škol. Ze 133 respondentů odpovídalo 23 ředitelů či ředitelek.

Tabulka č. 26 – Otázka č. 16

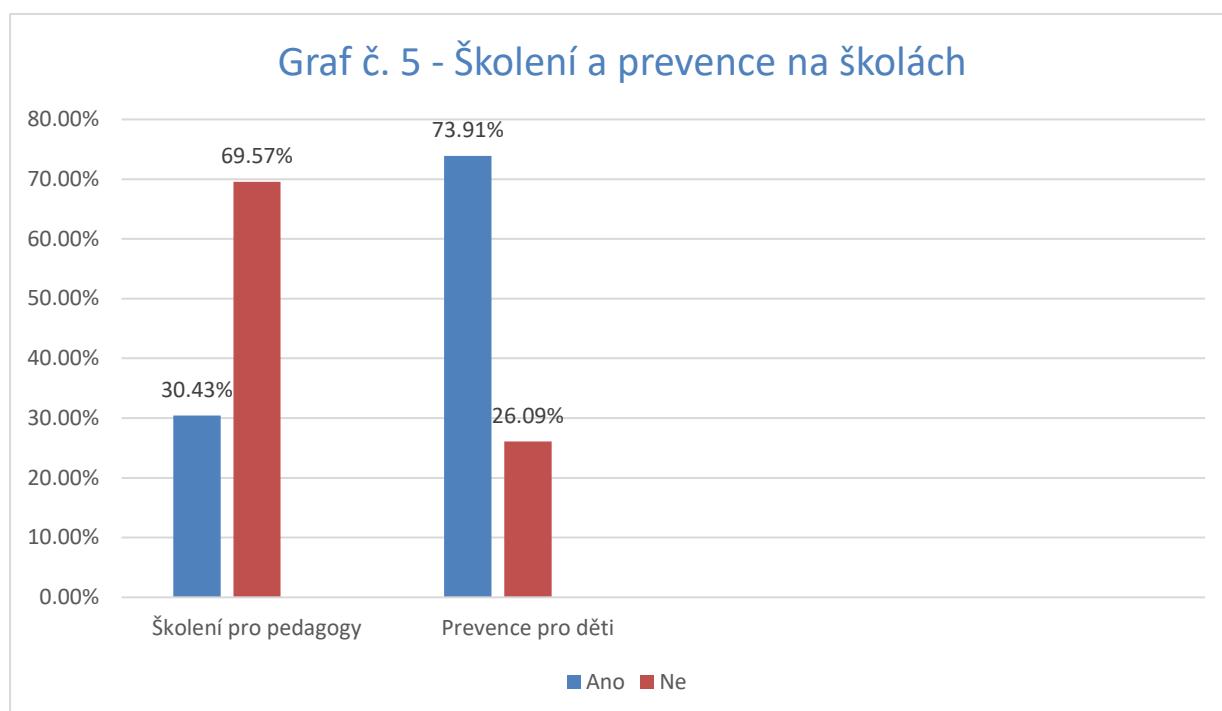
16. Probíhají na škole školení pro pedagogy s tematikou zneužívaných/týraných či zanedbávaných dětí?			
Ano		Ne	
7 osob	30,43 %	16 osob	69,57 %

Tabulka č. 26 ukazuje, že pouze na 7 základních školách z 23 probíhají školení pedagogů v oblasti syndromu CAN. Zbylých 16 odpovídajících uvedlo, že tato školení na své škole pedagogům neposkytují.

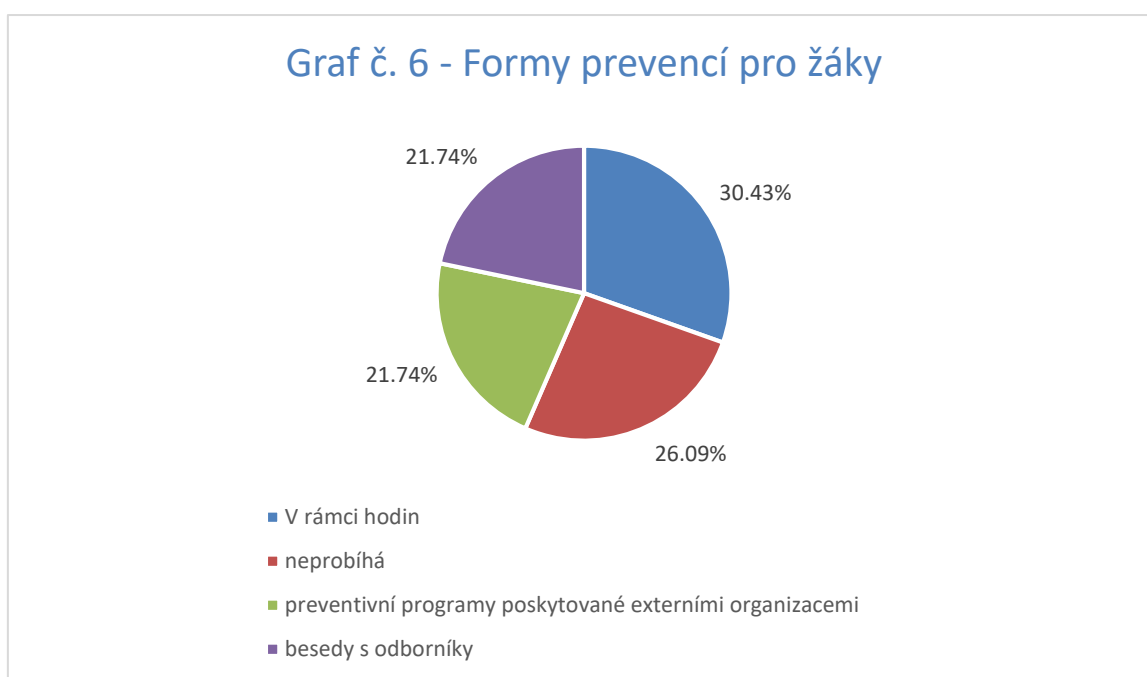
Tabulka č. 27 – Otázka č. 17

17. Jakým způsobem probíhá prevence (související s tímto tématem) pro žáky na Vaší škole?			
V rámci hodin	Neprobíhá	Preventivní program poskytovaný externí organizací	Besedy s odborníky
7 osob	6 osob	5 osob	5 osob
30,43 %	26,09 %	21,74 %	21,74 %

Tabulka č. 27 ukazuje výsledky z otázky č. 17. K této otázce náležela možnost otevřené odpovědi, i přesto uváděli ředitelé a ředitelky škol pouze jednu formu prevence na svých školách. Nejčastější formou prevence (30,43 %) je zmiňována komunikace pedagogů s žáky v rámci hodin (převážně výchova ke zdraví, občanská nauka či třídnické hodiny). Na šesti školách z 23 prevence v této oblasti neprobíhá vůbec (26,09 %). O zbylá procenta se rovným dílem (21,74 % a 21,74 %) dělí školy, které využívají externí organizace a jejich preventivní programy, se školami, které si zvou na besedy o syndromu CAN odborníky (zmiňována byla Policie ČR, pracovníci OSPOD či metodici prevence).



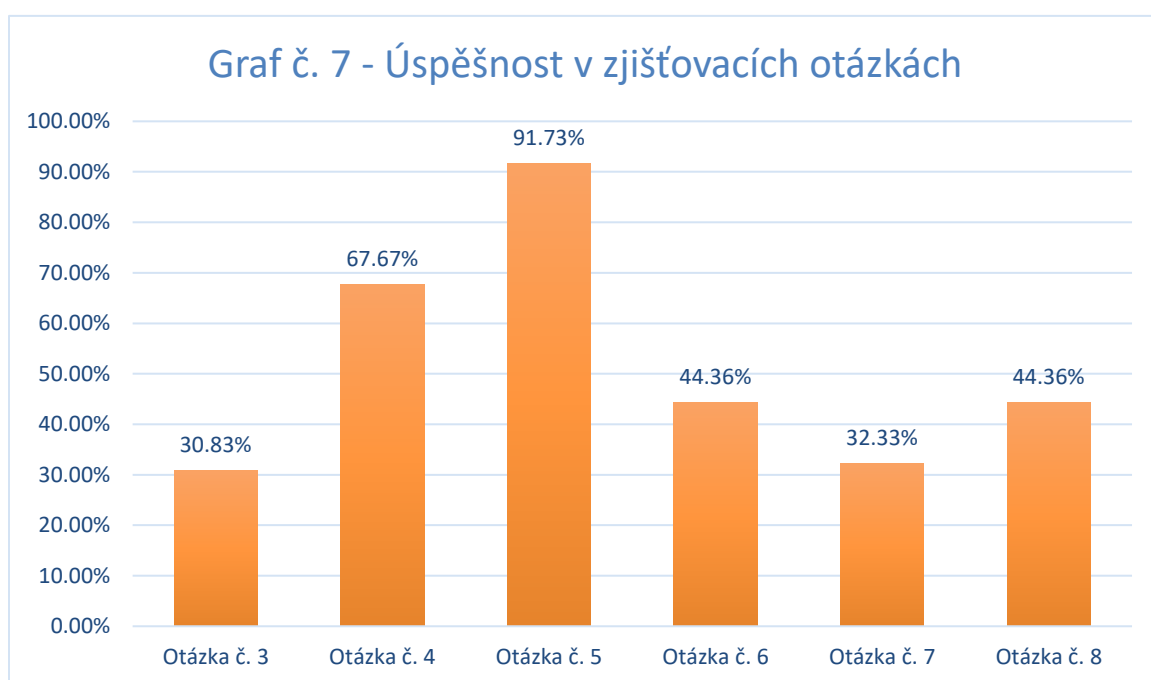
Graf č. 5 zachycuje souhrn výsledků, které vycházejí z otázek, jež vyplňovali pouze ředitelé a ředitelky jednotlivých škol. Pouze 30,43 % škol organizuje školení pro své pedagogy. Prevence pro žáky je sice procentuálně vyšší (73,91 %), avšak stoprocentní zdaleka není.



Graf č. 6 zachycuje zmiňované formy prevencí, které probíhají v jednotlivých školách. Ředitelé a ředitelky škol odpovídali vždy pouze jednu formu

e) Ostatní tabulky a grafy

Následující tabulky a grafy byly vytvořeny pro přesné výsledky a konkrétní odpovědi na výzkumné otázky, které byly zvoleny jako cíl výzkumného šetření. Veškeré výsledky jsou vypočítány ze sebraných dat.



V grafu č. 7 je vyobrazeno procentuální zastoupení správných odpovědí (všech respondentů) na jednotlivé zjišťovací otázky. Mezi zjišťovací otázky byly řazeny otázky č. 3-8. Největší úspěšnost odpovídá otázce č. 5.

Tabulka č. 28 – Obodování zjišťovacích otázek

Otázka č. 3	Otázka č. 4	Otázka č. 5	Otázka č. 6	Otázka č. 7	Otázka č. 8
2 body	1 bod	1 bod	2 body	2 body	2 body

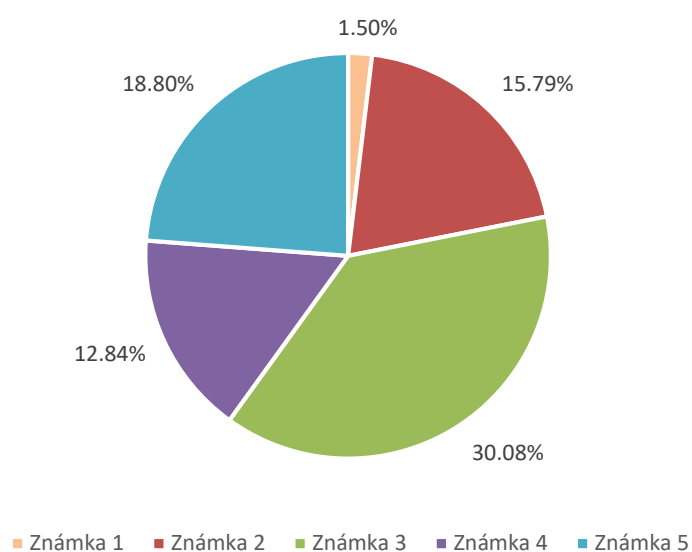
Aby bylo možné co nejpřesněji vyhodnotit znalosti respondentů, byly otázky obodovány dle náročnosti. Tabulka č. 28 zobrazuje obodované zjišťovací otázky č. 3-8. Celkový počet bodů, který mohli odpovídající získat, byl 10.

Tabulka č. 29 – Bodová úspěšnost respondentů

Známka 1		Známka 2		Známka 3		Známka 4		Známka 5		
10 bodů	9 bodů	8 bodů	7 bodů	6 bodů	5 bodů	4 body	3 body	2 body	1 bod	0 bodů
0 osob	2 osoby	14 osob	7 osob	26 osob	14 osob	31 osob	14 osob	20 osob	5 osob	0 osob
0 %	1,50 %	10,53 %	5,26 %	19,55 %	10,53 %	2,31 %	10,53 %	15,04 %	3,76 %	0 %

Bodová škála, kterou lze vidět v tabulce č. 28 byla rozřazena k jednotlivým známkám, aby bylo možné určit úroveň znalostí pedagogů. Známkování je stejné jako v českých školách (1 – nejlépe, 5 – nejhůře). Tabulka č. 29 je důkazem, že nikdo z respondentů nezodpověděl všechny otázky správně, a naopak každý z odpovídajících věděl alespoň jednu správnou odpověď. Nejčastěji získávali respondenti (jako jednotlivci) 4 body z 10 možných, což odpovídá známce 4. Celkový průměr vychází na 4,63 bodů. Znalosti učitelů jsou tedy velmi špatné.

Graf č. 8 - Oznámkované znalosti respondentů

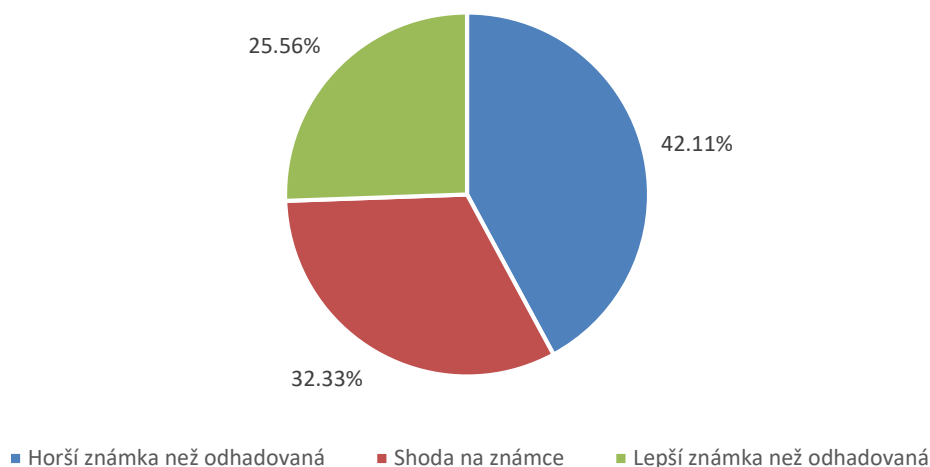


Graf č. 8 zpracovává výsledky z tabulky č. 29 a ukazuje znalosti respondentů převedené na známky. Nejčastější známkou (celkově) je 3.

Tabulka č. 30 – Porovnání vlastního hodnocení s výsledným hodnocením

Horší známka, než odpovídající uvedl	Shoda na známce	Lepší známka, než odpovídající uvedl
56 osob	43 osob	34 osob
42,11 %	32,33 %	25,56 %

Graf č. 9 - Porovnání vlastního hodnocení s výsledným hodnocením

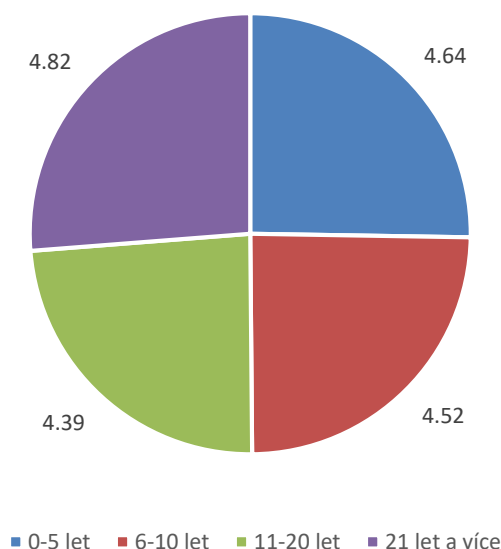


Tabulka č. 30 a graf č. 9 poukazují na fakt, že 25,56 % odpovídajících se ve znalostech syndromu CAN podcenila. Naopak skoro polovina učitelů si dala známku lepší. Jejich znalosti tomu však neodpovídaly. Z tabulky č. 28 vyplývá, že učitelé mohli získat celkem 10 bodů. Známkování probíhalo následovně: 1 (10-9 bodů), 2 (8-7 bodů), 3 (6-5 bodů), 4 (4-3 body), 5 (2-0 bodů), jak můžeme vyčíst z tabulky č. 29. Průměrně se učitelé ohodnocovali známkou 3, která vyšla i v celkovém průměrném hodnocení všech dotazníků.

Tabulka č. 31 - Průměrné znalosti skupin dle délky praxe

0-5 let	6-10 let	11-20 let	21 let a více
34 osob	19 osob	33 osob	47 osob
4,64 bodů	4,52 bodů	4,39 bodů	4,82 bodů

Graf č. 10 - Znalosti skupin dle délky praxe



Tabulka č. 31 a graf č. 10 zobrazují vliv délky praxe pedagogů na jejich znalosti v zjišťovacích otázkách. Nejhorší výsledky měla skupina pedagogů, která učí 11-20 let. Naopak nejlepšími výsledky se pyšní pedagogové, jejichž praxe dosahuje 21 let a více. Výsledky jsou počítány z průměru bodů v jednotlivých skupinách. Jak lze vidět, nejsou mezi skupinami výrazné bodové rozdíly.

Tabulka č. 32 - Vliv třídnictví na zmiňování dané problematiky před žáky

Třídní učitel		Není třídní učitel	
Ano	Ne	Ano	Ne
53 osob	33 osob	7 osob	11 osob
61,63 %	38,37 %	38,89 %	61,11 %

Tabulka č. 32 počítá pouze s respondenty, kteří aktuálně jsou či nejsou třídními. Jedná se tedy o 104 pedagogů. Procenta jsou vypočítávána v rámci skupiny (třídní/netřídní). Z třídních učitelů zmiňuje před žáky tuto problematiku pouze 61,63 %, jelikož tráví ve třídě více času než ostatní učitelé, mohl by být výsledek vyšší. Mezi ostatními pedagogy, kteří momentálně nejsou třídními lze najít jen 38,89 %, kteří o tomto tématu ve třídě diskutují.

11 Shrnutí

V praktické části práce bylo zjišťováno, jaké je povědomí pedagogů základních škol o problematice syndromu CAN. Výsledky byly vyhodnoceny ze sebraných dotazníků, které pedagogové zodpověděli a následně zaslali zpět. Dotazníky byly vybrány od 133 učitelů, mezi kterými se našlo 23 ředitelů. Cílem výzkumného šetření bylo zodpovězení následujících výzkumných otázek.

1. Mají učitelé základních škol znalosti o syndromu CAN?

Na tuto otázku bylo zaměřeno šest zjišťovacích otázek různé náročnosti. Plného počtu bodů neboli všech správných odpovědí, nedosáhl žádný z respondentů. Na druhou stranu také nulové hodnoty se v bodovém rozpětí nevyskytovaly. Největší procento respondentů (31,64 %) obdrželo známky 4 a 5, jejich znalosti jsou tedy dostatečné až nedostatečné. Pouze 17,29 % odpovídajících má znalosti výborně či převážně chvalitebné.

2. Získávají učitelé základních škol informace o problematice syndromu CAN?

S realitou nízké úspěšnosti v zjišťovacích otázkách souvisí další cíl práce – zjištění, že pedagogové získávají informace v této oblasti pouze minimálně. Odpověď je rozdělena na informace získané během studia a po studiu. Celkem 58,65 % učitelů uvedlo, že během svého studia nezískávali informace o syndromu CAN, dále pak 78,20 % odpovědělo, že informace nezískávají ani během svého zaměstnání.

3. Mají učitelé základních škol osobní zkušenosti s týranými, zneužívanými či zanedbávanými dětmi?

I přes nízké znalosti pedagogů v oblasti týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí uvádí 45,11 % učitelů vlastní zkušenost s tímto typem žáků na svém pracovišti. Dále celkem 30,83 % dotazovaných potvrdilo také vlastní zkušenosti s těmito dětmi mimo své pracoviště. Pouze 6,77 % respondentů má zkušenost se syndromem CAN ve svém zaměstnání a zároveň mimo něj.

4. Probíhá na základních školách prevence pro děti, která se týká syndromu CAN?

Nejlépe si dotazované školy vedly v oblasti prevence pro žáky. Pouze 26,09 % škol uvedlo, že prevence v této oblasti na škole neprobíhá. Zbylé školy (73,91 %) uvedly jako způsoby prevence nejčastěji pohovory s žáky v rámci hodin, dále preventivní programy poskytované externími organizacemi či besedy s objednanými odborníky.

5. Mají učitelé základních škol zájem vzdělávat se v oblasti problematiky syndromu CAN?

Pozitivním výsledkem výzkumného šetření je vysoký zájem o získávání nových informací o syndromu CAN. Zájem dozvědět se o této problematice více, by mělo 80,45 % respondentů. Bohužel pouze 30,43 % ředitelů uvedlo, že na jejich školách je možnost vzdělávat své pedagogy v této oblasti. V přepočtu pouze na 7 školách z 23 probíhají různá školení pro pedagogy.

12 Doporučení

Závěrem práce jsou zmíněna možná řešení či doporučení (nejen) pro školy, které se účastnily dotazníkového šetření k praktické části práce.

Jak již bylo v práci zmíněno, problematika syndromu CAN je velmi vážný problém, kterého ve světě bohužel neubývá. Ba naopak se začíná počet týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí zvyšovat. Důležité je, uvědomit si, že existuje vedle zveřejňovaných čísel další řada případů, které nikdy nebyly objeveny. Realita je tedy mnohem horší, než udávají statistiky. Ve výsledcích dotazníků potvrdilo 45,11 % učitelů osobní zkušenost s týranými, zneužívanými či zanedbávanými žáky na pracovišti. Můžeme říci, že skoro polovina odpovídajících se s touto problematikou setkala a musela ji umět řešit. Ale vědí učitelé jak? Jelikož právě oni jsou se svými žáky vedle rodičů nejčastěji, může k odhalení problému dojít přímo ve škole. Každý učitel by měl být schopen podat žákovi pomocnou ruku, vyslechnout ho či odkázat na odborníka, který mu v těžké životní situaci může pomoci. Dále by měl každý pedagog vědět, jak se v takových situacích zachovat, kde žádat o pomoc a komu podezření nahlásit. Ačkoliv se sám učitel může dostat do situace, kdy si podezřením na syndrom CAN není jistý, neměl by příznaky u žáka přehlížet a v žádném případě by před těmito situacemi neměl zavírat oči. Především, když se žák učiteli sám se svým problémem svěří. Ukazuje tak, že učiteli důvěřuje a věří, že mu bude nápomocen.

Aby byli učitelé schopni zakročit a pomoci, jsou samozřejmě důležité určité znalosti dané problematiky. Výzkumné šetření dokázalo, že znalosti dotazovaných pedagogů nejsou na dobré úrovni. Kde tyto znalosti získat? Přes polovinu dotazovaných uvedlo, že o syndromu CAN nezískávalo informace již během studia. Zde je první chyba. **Pedagogické fakulty** by měly tuto problematiku více zapojovat do výuky, nejen pro speciální pedagogy, ale také mezi všechny další obory. Jelikož se jedná o současný problém, který se školstvím proplétá, je potřeba, aby o něm budoucí pedagogové věděli.

Na alespoň malých základech z vysokých škol se dá určitě stavět v budoucím zaměstnání. Bohužel ani zde nejsou výsledky výzkumného šetření pozitivní. Celkem 78,20 % dotazovaných pedagogů uvedlo, že nikdy neabsolvovali seminář, kurz, školení či jakoukoliv přednášku, která by se týkala syndromu CAN. Tuto informaci doplňují odpovědi ředitelů vybraných škol, které ukazují, že pouze na 30,43 % škol probíhají

školení pro pedagogy v této oblasti, Zbytek škol tuto možnost pro své pedagogy nemá. Bylo by vhodné, aby ředitelé škol přehodnotili svá rozhodnutí při volbě témat školení, jelikož 80,45 % dotazovaných učitelů uvedlo, že by mělo zájem dozvědět se o syndromu CAN více. Zájem ze strany pedagogů by tedy byl. Školení by měla být samozřejmě také v zájmu ředitelů, kteří si na svých školách přejí mít kvalifikované a zkušené pedagogy, kteří si zvládnou poradit také s nepříjemnými situacemi, mezi které syndrom CAN jednoznačně patří. Existují různé externí organizace, které poskytují kurzy a možnosti proškolení (např. Centrum pro vzdělávání a supervizi Modré linky¹³, Edupol¹⁴ atp.). Není potřebné pouze získání znalostí, ale také ujištění pedagogů v tom, že se nemusí bát v těchto situacích jednat, že mají povinnost trestný čin nahlásit a hlavně, že je nahlášení dané skutečnosti nijak neohrozí.

Dále by bylo potřebné, aby **prevence pro žáky** probíhala na všech školách, ne pouze na některých. Opět existuje řada externích organizací, které poskytují preventivní programy do škol (např. PROSPE¹⁵, PROSTOR PRO¹⁶, Policie ČR¹⁷ atd.). Je nutné, aby se žáci dozvěděli, co znamená týrání, aby dokázali poznat, které chování k nim není správné, aby získali informace, na koho se mohou v těchto situacích obracet a hlavně, aby věděli, že je důležité se někomu svěřit a ihned situaci řešit, protože není za co se stydět.

Závěrem je důležité apelovat na **širší společnost**. Je potřeba nezavírat oči před problémy druhých, obzvlášť pokud jde o děti. Nutné je šířit závažnost syndromu CAN mezi lidmi např. přes televizní spoty, internetové spoty atp. Je potřeba si tohoto problému začít všimnout a společnými silami se ho snažit minimalizovat.

¹³ <http://vzdelavani.modralinka.cz/index.php>

¹⁴ <http://www.edupol.cz/>

¹⁵ <http://www.prospe.cz>

¹⁶ <http://www.prostorpro.cz>

¹⁷ <http://www.policie.cz>

Závěr

Cílem práce bylo zjištění informovanosti pedagogů základních škol v oblasti syndromu CAN. Bakalářská práce byla rozčleněna na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část zpracovává přehledné informace o syndromu CAN. Vymezuje tento pojem, společně s dalšími pojmy (např. týrání, zneužívání a zanedbávání), které jsou pro tuto práci klíčové. Práce dále pojednává o vývoji syndromu CAN, možných formách, epidemiologii a samozřejmě o prevenci a možném řešení daného problému.

Část praktická podává výsledky výzkumného šetření o informovanosti pedagogů základních škol o syndromu CAN. Pro tuto část bylo zvoleno pět výzkumných otázek, na které byly hledány odpovědi. Odpovědi učitelů byly získávány metodou dotazníkovou. Vlastní vytvořený dotazník byl v papírové podobě rozdán mezi pedagogy základních škol, z nichž 133 pedagogů vrátilo dotazníky zodpovězené.

Ze sebraných dat lze vyvodit závěr, že ačkoliv se přibližně polovina pedagogů s týranými, zneužívanými či zanedbávanými žáky setkala, znalosti jsou špatné. Pedagogům činil problém zodpovědět správně zjišťovací otázky, které se týkaly nejen znalostí v oblasti syndromu CAN, ale také postupů, které by učitelé měli znát, pokud by se vyskytli v řešení dané problematiky. Neznalost těchto informací vyplývá z toho, že budoucí pedagogové nezískávají informace v rámci studia na vysokých školách. Také jako zaměstnanci škol se o této problematice nedozvídají, jelikož minimum škol poskytuje pro tuto oblast školení či kurzy.

Problém neznalosti se týká jak pedagogů s delší praxí, tak pedagogů s praxí krátkou. Výsledky výzkumného šetření ukazují, že délka praxe na znalosti vliv neměla, výsledky byly porovnatelné. Pozitivní informací je, že většina pedagogů, kteří jsou zároveň třídními učiteli si uvědomují důležitost své role a se svými žáky o této problematice mluví.

Největším překvapením výzkumného šetření je neznalost pojmu syndrom CAN, která činí 67,67 %. Většina pedagogů tento pojem nedokázala vysvětlit. Můžeme se však domnívat, že někteří pedagogové pouze neznají anglický překlad, ale se zkratkou se již setkali.

Jako velmi pozitivní lze hodnotit znalost organizací, na které se žáci mohou obrátit v případě vlastního ohrožení. Vedle nejčastějších odpovědí Linka bezpečí a OSPOD se také objevovala odpověď škola. Učitelé by si tedy měli uvědomovat, že právě oni jsou v rámci svého zaměstnání těmi, kteří by nejčastěji mohli tento problém odhalovat a pomáhat bojovat se syndromem CAN.

Teoretická část práce by pedagogům mohla být přínosná v získání odbornějších informací o syndromu CAN a pomoci jim zaplnit mezery ve vědomostech. Praktickou částí je možno apelovat na šíření povědomí nejen mezi pedagogy.

Seznam použitých informačních zdrojů

Literatura

1. BECHYŇOVÁ, Věra. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. Praha: IREAS, 2007. ISBN 978-80-86684-47-5.
2. DUNOVSKÝ, Jiří. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-254-9.
3. DUNOVSKÝ, Jiří, Zdeněk DYTRYCH a Zdeněk MATĚJČEK. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-192-5.
4. HANUŠOVÁ, Jaroslava. *Sexuální zneužívání*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-64-4.
5. JEDLIČKA, Richard. *Děti a mládež v obtížných životních situacích: nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. Praha: Themis, 2004. ISBN 80-7312-038-0.
6. KOMENSKÝ Jan Amos. *Didaktika velká*. 3. vyd. Brno: Komenium, 1948. Pedagogické klasobraní.
7. LAZAROVÁ, Bohumíra. *Netradiční role učitele: O situacích pomoci, krize a poradenství ve školní praxi*. Brno: Paido, 2005. ISBN 978-80-7315-169-0.
8. LOVASOVÁ, Lenka. *Rodinné vztahy*. Sdružení Linka bezpečí, 2005.
9. MARÁDOVÁ, Eva. *Ochrana dětí v každodenní práci školy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-33-7.p47.
10. MATĚJČEK, Zdeněk. *Výbor z díla*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1056-6.
11. MUFSON, Susan a Rachel KRANZ. *O týrání a zneužívání*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1996. Linka důvěry. ISBN 80-7106-194-8.
12. MÜHLPACHR, Pavel. *Sociopatologie pro sociální pracovníky*. 1. Vyd. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-069-2.
13. PEMOVÁ, Terezie a Radek PTÁČEK. *Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5695-0.
14. PÖTHE, Petr. *Dítě v ohrožení*. Praha: G plus G, 1996. Zde a nyní. ISBN 80-901896-5-2.

15. ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie. 4., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.
16. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 3., rozš. a přeprac.* Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
17. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. vyd.* Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
18. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
19. VANÍČKOVÁ, Eva, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Hana PROVAZNÍKOVÁ. *Násilí v rodině: syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte.* Dot. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-008-4.
20. WEISS, Petr. *Sexuální zneužívání dětí.* Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0929-5.

Internetové zdroje

1. BÍLÝ KRUH BEZPEČÍ. *Poslání a činnost* [online]. [cit. 2018-04-07]. Dostupné z: <https://www.bkb.cz/o-nas/poslani-a-cinnost/>.
2. ČABLOVÁ, Lenka. *Minimální preventivní program* [online]. 17. 10. 2012 [cit. 2018-05-01]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/70/3887/Minimalni-preventivni-program>.
3. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Zaostřeno na ženy a muže - 2016 (3. vzdělávání): 3–2. Učitelé / akademičtí pracovníci na jednotlivých typech a druzích škol podle pohlaví (přepočteno na plně zaměstnané)* [online]. 29.12.2016 [cit. 2018-05-22]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/3-vzdelani-73ahyrt9w2>.
4. FOND OHROŽENÝCH DĚTÍ. *O FOD line*. [cit. 2018-04-07]. Dostupné z: <http://www.fod.cz/o-nas>.
5. *Výroční zpráva 2016* [online]. 2017 [cit. 2018-04-06]. Dostupné z: http://www.ditekrize.cz/files/ditekrize/VZ/vyrocní_zpráva_2016.pdf.
6. LINKA BEZPEČÍ. *O nás* [online]. [cit. 2018-04-07]. Dostupné z: <http://spolek.linkabezpeci.cz/o-nas/>.

7. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Legislativa a systém sociálně-právní ochrany* [online]. 15.1.2013 [cit. 2018-04-06]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/14304>.
8. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Roční výkaz o výkonu sociálně-právní ochrany dětí za rok 2016* [online]. 2017 [cit. 2018-04-06]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/7260>.
9. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Roční výkaz o výkonu sociálně-právní ochrany dětí za rok 2006* [online]. 2007 [cit. 2018-04-06]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/7260>.
10. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013-2018* [online]. 2013 [cit. 2018-05-01]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/28077>.
11. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Príloha č. 5: Syndrom týraného dítěte-CAN* [online]. 2012 [cit. 2018-05-01]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/20280?highlightWords=syndrom+CAN>.
12. NADACE NAŠE DÍTĚ. *O nadaci Naše dítě* [online]. [cit. 2018-04-07]. Dostupné z: <https://www.nasedite.cz/o-nas/>.
13. PRAŽSKÉ CENTRUM PRIMÁRNÍ PREVENCE. *Manuál pro tvorbu minimálního preventivního programu* [online]. 2010 [cit. 2018-05-01]. Dostupné z: www.msmt.cz/file/16437/download/.
14. VANÍČKOVÁ, Eva. *Deklarace práv dítěte* [online]. 10. 11. 2009 [cit. 2018-03-31]. Dostupné z: <https://icv.vlada.cz/cz/tema/deklarace-prav-ditete-63749/tmplid-560/>.
15. VANÍČKOVÁ, Eva a kol. *Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008-2018* [online]. 26. 12. 2010 [cit. 2018-03-31]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/vydavatelstvi/vydane-publikace/narodni-strategie-prevence-nasili-na-detech-v-cr-na-obdobi-2008-2018-79428/>.
16. VANÍČKOVÁ, Hana. *Týrání fyzické a psychické* [online]. 13. 4. 2012 [cit. 2018-04-04]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/rizikove-chovani-dospelenho-k-diteti/tyrani-fyzicke-a-psychicke#kdy-a-kde-hledat-pomoc>.

Seznam právních předpisů a dokumentů

1. ČESKO. *Listina základních práv a svobod*. Předsednictvo České národní rady. [online] [cit.2018-04-01]. Dostupné z: http://www.exekuceberoun.cz/pravni_predpisy/2-1993.pdf.
2. ČESKO. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. [online] [cit. 2018-04-02]. In: Zakonyprolidi.cz Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
3. ČESKO. *Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí*. [online] [cit. 2018-04-02]. In: Zakonyprolidi.cz Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359>.
4. ČESKO. *Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník v posledním znění*. [online], 2009. [cit.2018-04-02]. In: zakonyprolidi.cz Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40#cast2>.

Seznam příloh

Příloha 1 – Tabulka aktivní klientely DKC za rok 2016

Příloha 2 – Dotazník

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 – Propojení jednotlivých forem Pöthe (1996, s. 37)

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Formy a projevy syndromu CAN (Dunovský et al., 1995, s. 19)

Tabulka č. 2 – Statistika syndromu CAN za rok 2006 (MPSV, 2007)

Tabulka č. 3 – Statistika syndromu CAN za rok 2016 (MPSV, 2017)

Tabulka č. 4 – Aktivní klientela DKC za rok 2006 (DKC, 2007)

Tabulka č. 5 – Aktivní klientela DKC za rok 2016 (DKC, 2017)

Tabulka č. 6 – Možnosti odhalení nepříznivé situace dítěte (Bechyňová et al., 2007, s. 56)

Tabulka č. 7 – Rodinné poruchy ve vztahu k dítěti (Dunovský et al., 1999, s. 103)

Tabulka č. 8 – Poměr odpovídajících žen a mužů

Tabulka č. 9 – Délka učitelské praxe odpovídajících

Tabulka č. 10 – Zkušenost dotazovaných pedagogů s třídnictvím

Tabulka č. 11 – Otázka č. 1

Tabulka č. 12 – Otázka č. 2

Tabulka č. 13 – Otázka č. 3

Tabulka č. 14 – Otázka č. 4

Tabulka č. 15 – Otázka č. 5

Tabulka č. 16 – Otázka č. 6

Tabulka č. 17 – Otázka č. 7

Tabulka č. 18 – Otázka č. 8

Tabulka č. 19 – Otázka č. 9

Tabulka č. 20 – Otázka č. 10

Tabulka č. 21 – Otázka č. 11

Tabulka č. 22 – Otázka č. 12

Tabulka č. 23 – Otázka č. 13

Tabulka č. 24 – Otázka č. 14

Tabulka č. 25 – Otázka č. 15

Tabulka č. 26 – Otázka č. 16

Tabulka č. 27 – Otázka č. 17

Tabulka č. 28 – Obodování zjišťovacích otázek

Tabulka č. 29 – Bodová úspěšnost respondentů

Tabulka č. 30 – Porovnání vlastního hodnocení s výsledným hodnocením

Tabulka č. 31 - Průměrné znalosti skupin dle délky praxe

Tabulka č. 32 - Vliv třídnictví na zmiňování dané problematiky před žáky

Seznam grafů

Graf č. 1 - Osobní zkušenosti se syndromem CAN

Graf č. 2 - Osobní zkušenost v zaměstnání i mimo něj

Graf č. 3 - Školení spojená s problematikou CAN

Graf č. 4 - Zájem o syndrom CAN

Graf č. 5 - Školení a prevence na školách

Graf č. 6 - Formy prevencí pro žáky

Graf č. 7 - Úspěšnost v zjišťovacích otázkách

Graf č. 8 - Oznámkované znalosti respondentů

Graf č. 9 – Porovnání vlastního hodnocení s výsledným hodnocením

Graf č. 10 - Znalosti skupin dle délky praxe